

令和元年度相談支援・就業支援セミナー参加・宿泊等申込書

開催日【令和元年 10月 15日 (火) ~ 16日 (水)】 (枚中 枚)

※ご案内をご確認の上、全ての項目にもれなく記入し、○印又はレ印をお付けください。

※施設所在地と参加券送付先が異なる場合は、参加券送付先の住所、電話番号を備考欄に記載してください。

都道府県		会員区分	<input type="checkbox"/> 会員・準会員 (日本知的障害者福祉協会に所属する施設・事業所) <input type="checkbox"/> 一般 (上記以外の施設・事業所・地方自治体等)
連絡担当者		施設名	

施設所在地 (参加券送付先)	〒 _____ ※郵便番号・住所は正確にご記入ください		
TEL:	FAX:		

フリガナ 参加者氏名	役職	分科会 ○印をお付けください		ホテル ○印をお付けください		希望宿泊日	禁煙 喫煙	交流会 (15日)
		第1希望	第2希望	第1希望	第2希望			
		・第1 ・第2 ・第3	・第1 ・第2 ・第3	A・B C・D	A・B C・D	10月__日 より__泊	禁煙 ・ 喫煙	参加 ・ 不参加
		・第1 ・第2 ・第3	・第1 ・第2 ・第3	A・B C・D	A・B C・D	10月__日 より__泊	禁煙 ・ 喫煙	参加 ・ 不参加

参加費用	_____ 円	×	_____ 名	=	_____ 円		
宿泊費用	_____ 円	×	_____ 名	×	_____ 泊	=	_____ 円
交流会費用	7,000 円	×	_____ 名	=	_____ 円		
合計費用	_____ 円						

備考欄	※内容に変更・取消が発生した場合は、上記に上書き訂正の上、その旨をごちらに記入し再度FAXにてお送りください。
-----	---

※3名様以上参加ご希望の場合は、コピーをお取りいただき、ご使用ください。その際、用紙右上に申込枚数をご記入ください。

※分科会の確定は参加券をお送りさせていただきますので、その際ご確認ください。

※本申込書に記載の都道府県・施設名・役職・氏名が本セミナーの資料に掲載される場合があることを予めご了承の上、お申込みください。

※変更・取消の場合は、上記に上書き訂正の上、その旨を備考欄にご記入いただき、再度FAXをお送りください。

【問合せ先】

<セミナー内容について>

公益財団法人 日本知的障害者福祉協会 事務局 (担当: 古屋・三浦)
〒105-0013 東京都港区浜松町 2-7-19 KDX浜松町ビル 6階
TEL: 03-3438-0466

<申込先 (参加・宿泊) について>

名鉄観光サービス株式会社 MICE センター (担当: ^{しもえだ}下枝・柴田・濱田)
〒100-0013 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル ロビー階
TEL: 03-3595-1121 FAX: 03-3595-1119

※営業時間: 平日 9:30~17:30 土・日・祝日は休業

お申込締切日: 令和元年 9月 24日 (火) (定員になり次第、締め切りになります)

※名鉄観光記入欄 (FAXにてお申込後、3営業日以内に下記口にvを入れ、ご返信させていただきます)	
<input type="checkbox"/> お申込みをお受けいたしました。	
<input type="checkbox"/> ホテル満室のため、調整後、ご連絡させていただきます。	
<input type="checkbox"/> その他 ()	