

第57回 全国知的障害福祉関係職員研究大会 鹿児島大会

〈 申 込 書 〉

送信先 FAX : 099-226-7031
新規・追加・変更・取消

※申込締切日：令和元年8月23日（金）

※いづれかを○で囲んで下さい

申込日 月 日

都道府県	施設名	担当者	電話	住所
	請求書 参加券 送付先		FAX	
	(〒 -) ※郵便番号のご記入をお願いします。			

◆代表者も含め全員の必要事項をご記入下さい。用紙不足の場合はコピーしてお使い下さい。

No.	フリガナ 参加者名	性別	年齢	職種	参加費 (原食代込) 17,000 円	分科会		宿泊(申込記号と金額をご記入下さい)		情報 交換会 10/22(火) 8,000円	シャトルバス <往路>		シャトルバス <復路>		視察旅行 10/24(木) ~25(金) A~C	保険 (任意) 1,000円	合計	備考(同室希望者) ※当日会場にて介助等(車 椅子・手話等)必要の場合 はこちらにご記入下さい。				
						第1希望	第2希望	10/21 (月) 大会前日	10/22 (火) 大会当日		10/23 (水) 大会当日	宿泊 第2 希望	禁煙 喫煙	1, 2, 5 6, 9					3, 4, 7, 8, 10	4, 8, 10 2, 100円	87,200円 車椅子利用(本人)	
例	カゴシマ ハナコ 鹿児島 花子	男・ 女	30	相談員	17,000円	1	3	X	A-2 14,500円	A-2 14,500円	H-2	禁煙	喫煙	○	8,000円	2,100円	2,100円	28,000円	○	1,000円	87,200円	車椅子利用(本人)
1		男・女			円				円	円		禁煙	喫煙				円	円				
2		男・女			円				円	円		禁煙	喫煙				円	円				
3		男・女			円				円	円		禁煙	喫煙				円	円				
4		男・女			円				円	円		禁煙	喫煙				円	円				
総 合 計																						

- ◆分科会は必ず第2希望までご記入下さい。お申込順に受付致します。
- ◆2名1室以上のご希望の方は、備考欄に同室希望者名を必ずご記入下さい。
- ◆二宿泊は第2希望まで記入し、第1希望の申込記号と金額も併せてご記入下さい。与次郎ヶ浜地区と城山地区が第1希望の方のみ、第2希望にはその他の地区のホテルをご記入下さい。
- ◆宿泊先及び部屋タイプには限りがあり、ご希望にそえない場合がございますので予めご了承下さい。その際は弊社より事前にご連絡致します。
- ◆視察旅行はご希望の記号と金額をご記入下さい。
- ◆シャトルバスにつきましては、ご希望の番号と合計金額を往路と復路に分けてご記入下さい。
- ◆追加・変更・取消の場合は必要事項をこの申込書にご記入の上、必ず FAXにてご連絡下さい。電話での変更はお受けできません。

※返金時の振込先口座をご記入下さい。(大会終了後精算用)

金融機関名	支店名	口座番号	種類	口座名義
			普通 当座	フリガナ

●お申込・お問合せ先●

アローツーリスト株式会社

担当：増永・野元
〒892-0817 鹿児島県鹿児島市2-9-1 インカムビル2F
TEL : 099-226-6000 / FAX : 099-226-7031
【営業時間】 平日 9:00~18:00 (土・日・祝日休業)