

令和4年度九州地区知的障害者福祉協会 種別部会・合同研修会（鹿児島県）参加・宿泊申込書

※FAX（099-226-7031）にてお申込ください。

※申込締切日1月10日(火)

県名		TEL	-	-		担当者名	
		FAX	-	-			
ふりがな		住所		〒	(郵便番号は必ずご記入ください)		
施設 事業所名							

	フリガナ	職種 (役職)	性別	参加方法	各部会 (※3)	参加費 (12,000円)	昼食		宿泊		禁煙室 喫煙室	情報交換会	合計金額	備考 (同室希望者名など)
	氏名						2/14(火)	2/13(月)	2/14(火)	2/13(月)		2/13(月)		
例	カゴシマ ハナコ	施設長	女	<input checked="" type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン	(1)	12,000円	1,500円	A-1			禁煙室	8,000円	31,500円	〇〇園 桜島花子と同室
	鹿児島 花子						〇	10,000円			喫煙室	〇		
1				<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン			1,500円			禁煙室 喫煙室	8,000円	円		
2				<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン			1,500円			禁煙室 喫煙室		円		
3				<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン			1,500円			禁煙室 喫煙室		円		
4				<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン			1,500円			禁煙室 喫煙室		円		
											合計金額	円		

※1) 「各種別部会」は別途「出席確認票」にてお申し込みください。

※2) 情報交換会は、「13日 各種別部会参加者及び登壇者（講師・発表者等）、関係者のみの参加となります。

※3) 各部会申込欄「各部会」に下記希望部会番号をご記入ください。

- (1) 児童発達支援部会 (2) 障害者支援施設部会 (3) 日中活動支援部会 (4) 生産活動・就労支援部会 (5) 地域支援部会 (6) 相談支援部会

アローツーリスト株式会社 担当：増永

〒892-0815 鹿児島市易居町2-9

FAX099-226-7031 ☎099-226-6000