

平成 29 年度 救護施設福祉サービス研修会

参加・情報交換会・宿泊・昼食申込書

12月5日(火)~6日(水)開催

送信日	月	日
新規申込	内容変更	参加取消

都道府県		施設名	
施設所在地 参加券等の送付先となります	郵便番号		※郵便番号は正しくご記入ください
	住所		
	電話	FAX	申込ご担当者 様

	フリガナ	性別	職名	参加費	宿泊 申込記号	宿泊日(泊数)	情報交換会(初日) (3,000円)	昼食(2日目) (1,250円)	費用合計額
	氏名	年齢	経験年数(救護施設勤務年数)			同室者氏名(A-2 申込の場合)			
例	トウキョウ タロウ 東京 太郎	男性	指導員	15,000円	A-2	12月5日より (1泊) 東京 次郎	参加する 参加しない	申込する 申込しない	20,950円
1	フリガナ 氏名	性別 年齢	職名 年 (年)	円	申込記号	12月 日より (泊) 同室者氏名	参加する 参加しない	申込する 申込しない	円
2	フリガナ 氏名	性別 年齢	職名 年 (年)	円	申込記号	12月 日より (泊) 同室者氏名	参加する 参加しない	申込する 申込しない	円
3	フリガナ 氏名	性別 年齢	職名 年 (年)	円	申込記号	12月 日より (泊) 同室者氏名	参加する 参加しない	申込する 申込しない	円
備考欄							費用総額		円

※申込締切日 11/17(金)以前でも定員(130名)に達した場合には、受付を終了させていただきます

※申込締切日以降開催日の1週間前に、参加券とともに振込依頼書を発送させていただきます。振込依頼書到着後送金のお手続きをお願いします。

<申込書送付先> 名鉄観光サービス(株)新霞が関支店 FAX 03-3595-1119 **送信状は不要です**

申込締切日 11月17日(金)

電話 03-3595-1121 担当 波多野、山邊 受付時間 平日 9:30~17:30(土日祝日休業)

変更、取消が生じた場合は本申込書を変更箇所がわかるよう訂正の上、再度 FAX 送信をお願いします