

第2回 身障協・職員スキルアップ研修会

【平成24年11月12日(月)-13日(火)】

参加・宿泊等申込書

※下記必要事項にご記入又は○印をお付けください

申込日 月 日

都道府県		施設名					
施設所在地 (参加券送付先)	〒 ー		※郵便番号・住所は正確にご記入ください				
	(連絡担当者名:)		TEL:				
			FAX:				
フリガナ	役職	職種別分散会 選択欄	宿泊部屋 希望	希望宿泊日	禁煙 有無	情報交換会 希望 (11/12)	昼食 希望 (11/13)
参加者氏名		①・②・③ ④・⑤	シングル ・ ツイン	11月 日 より 泊	禁煙 ・ 喫煙	希望 ・ 不要	希望 ・ 不要
		①・②・③ ④・⑤	シングル ・ ツイン	11月 日 より 泊	禁煙 ・ 喫煙	希望 ・ 不要	希望 ・ 不要
参加費用	15,000円	× 名		=	円		
宿泊費用	円	× 名	× 泊	=	円		
情報交換会費用	7,000円	× 名		=	円		
昼食費用	1,000円	× 名		=	円		
費用合計					円		
備考欄	※ツインルームご希望の場合同室希望者名をご記入ください。 ※変更・取消等の場合その旨こちらにご記入の上再度FAXにてご連絡ください。						

※枠内の必要事項欄（各申込・人数・金額・泊数等）にもれなくご記入又は○印をおつけください。

※職種別分散会选择欄の当てはまる番号に、ひとつ○印をお付けください。

- 【①生活支援員・②サービス管理責任者・③看護職員・④理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
・⑤管理栄養士・栄養士】

※宿泊等がご希望ない場合でも上記必要事項ご記入の上、お申込みください。

※3名以上お申込みの場合はコピーをお取りいただきましてお申込みください。

※その他詳細は、別紙「参加・宿泊等のご案内」をご覧ください。

《申込先》 名鉄観光サービス株式会社 新霞が関支店

〒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

担当: 下枝・岸浪

※土・日・祝日は休業日とさせていただきます

お申込締切日：平成24年10月26日(金) 必着