

第24回全国身体障害者施設協議会経営セミナー

《平成24年3月14日(水)～15日(木)》

参加・宿泊等申込書

※下記必要事項にご記入又は○印をお付け下さい

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	宿泊記号	希望宿泊日	禁煙希望	情報交換会(3/14)
参加者氏名		A1 A2 B1	3月__日より__泊	禁煙 ・ 喫煙	参加 ・ 欠席
		A1 A2 B1	3月__日より__泊	禁煙 ・ 喫煙	参加 ・ 欠席
参加費用	15,000円	× __名	=	_____円	
宿泊費用	_____円	× __名 × __泊	=	_____円	
情報交換会費	8,000円	× __名	=	_____円	
費用合計	_____円				
備考欄	ツインルームご希望の場合は同室希望者名をご記入下さい。				

※枠内の必要事項欄にもれなくご記入又は○印をお付けください。ご確認の為金額もご記入ください。

※参加のみの場合も参加者氏名・役職をご記入の上お申込みください。

※変更・取消の場合は上記内容に上書き訂正の上、備考欄にその旨ご記入頂き再度FAXをお送りください。

※ご宿泊希望の場合は宿泊記号欄に宿泊記号・宿泊希望日・禁煙有無をご記入ください。

※ツインルームは同室希望者がいる場合のみ受付させていただきます。

※申込書の控えを保管してください。

※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

担当:下枝・岸浪

※土・日・祝日は休業日とさせていただきます

申込締切日 平成24年3月1日(木) 必着(定員になり次第参加締切にさせていただきます)