

# 2018年度 第49回関東地区知的障害福祉関係職員研究大会 東京大会 参加申込書 (FAX用)

都道府県	フリガナ 施設名	連絡先 電話	( ) -	連絡先	( ) -		
		連絡先 携帯	( ) -	FAX			
フリガナ お申込代表者		お取消による返金 の際のお客様銀行 口座先	銀行名			銀行・金庫・組合	本店・支店
所属先住所 (請求書送付先)			フリガナ				
		口座名義人					
		口座番号 普通・当座					

No	フリガナ 参加者氏名	職種	性別 年齢	参加費 15,000円	情報交換会費		分科会 (①~⑦)		
					7月12日 10,000円	7月13日	第1、第2、第3希望		
1例	トウキョウ 東京	タロウ 太郎	施設長	男・女 45歳	○	○	①	②	③
2例	トウキョウ 東京	ジロウ 次郎	主任	男・女 32歳	○	○	③	①	②
①			男・女 歳						
②			男・女 歳						
③			男・女 歳						
④			男・女 歳						
⑤			男・女 歳						
⑥			男・女 歳						

宿泊7/12手配 (要・不要)			費用合計	備考
宿泊希望	記号・タイプ	同室希望		
第一希望	A	2	39,000 円	
第二希望	C			
第一希望	A	1	39,000 円	
第二希望	C			
第一希望	-			
第二希望	-		円	
第一希望	-			
第二希望	-		円	
第一希望	-			
第二希望	-		円	
第一希望	-			
第二希望	-		円	
第一希望	-			
第二希望	-		円	
費用総額			円	

- ※ 申込書の太枠内に必要事項をご記入の上、東武トップツアーズ(株)立川支店までFAXにてお申込ください。
- ※ 記入欄が不足した場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。
- ※ 宿泊施設については「開催のご案内」をご覧ください。
- ※ ツインルームをご希望の際に、同室をご希望される場合は同室希望者の番号をご記入ください。
- ※ 費用合計欄の宿泊費は第一希望の宿泊金額にて算出をお願いします。
- ※ 宿泊施設の禁煙・喫煙についてはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

**\* 申込締切日 6月8日 (金)**  
**\* FAX042-528-3110**

### お問合せ先

東武トップツアーズ株式会社 立川支店  
〒190-0012 東京都立川市曙町2-22-20-11F  
TEL.042-528-3111 / FAX.042-528-3110  
担当：横谷・西・久保井

### 当社記入欄

お客様の宿泊ホテルは、

受付番号 \_\_\_\_\_

にてご予約完了致しました。

別途、請求書を送付いたしますのでお振込みをお願いします。

受付担当