

2017年度 関東地区知的障害関係施設種別代表者会議東京大会 参加申込書 \* FAX:042-528-3110

都道府県		フリガナ 施設名		連絡先 職場 連絡先 携帯	( ) - ( ) -	連絡先 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 フリガナ 口座名義人 口座番号 普通・当座		
所属先住所 (請求書送付先)		〒			銀行・金庫・組合 本店・支店		

No	フリガナ 参加者氏名		職種	性別 年齢	参加費 12,000円	交流会費		分科会 (①~⑦)		
						10月26日 8,000円	10月27日	10月27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10/26 手配 (要・不要)			費用合計	備考
宿泊希望	記号・タイプ			
第一希望	A		31,000 円	
第二希望	C			
第一希望	C		18,800 円	
第二希望	A			
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。
- ※ 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。

**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  
 立川センタービル11F  
 TEL042-528-3111/FAX042-528-3110  
 担当：横谷・山本

**\* 申込締切日 9月29日 (金)**

**\* FAX:042-528-3110**

当社記入欄

お客様の宿泊ホテルは、

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。

受付番号 \_\_\_\_\_

受付担当 \_\_\_\_\_