

令和元年度東北地区知的障害者福祉協会職員研修大会 東北フォーラム2019in あきた
参加・宿泊・懇深快（情報交換会）申込書

申込先（株）近畿日本ツーリスト東北 秋田支店 FAX 番号
018-896-4922

申込者種別		1.施設		2.保護者会		3.行政関係		4.学生		5.一般その他		※該当する番号を○で囲んでください	
予約確認書等の送付先		県名		施設・事業所名				役職名		申込担当者名			
		住所 〒						TEL :		FAX :			
						E-Mail :							
当日の交通		<input type="checkbox"/> 公共交通機関		<input type="checkbox"/> 車（台）		<input type="checkbox"/> その他（ ）							
No.	ふりがな	役職名	性別	年齢	体験型分科会		参加費 6,000円	懇深快 6,500円	宿泊（申込記号記入）		喫煙 有無	ツインの場合 同室希望者No.	
	氏名				第1希望	第2希望			第1希望	第2希望			前泊希望
例	あきた はなこ 秋田 花子	主任支援員	女	46	②	①	○	○	A-1	B	○	無	
1													
2													
3													
4													
〈第2体験（福祉の現場にアートの視点を!）を選択した方へ〉 普段の支援で解決したいことやアート支援に関する講師への質問をご記入ください。									〈備考〉				

※参加申込は令和元年10月4日（金）までに

FAX または郵送にてお申し込みください。

※喫煙の有無をお伺いいたしましたが、部屋数の関係で

希望に添えない場合もございますので、予めご了承願います。

※欄が足りない場合はコピーしてお使いください。

参加費・宿泊費等の返金が発生した場合のご返金振込先をお知らせ願います。

銀行 支店 普通・当座 □座番号

□座名義（カタカナ）