

新規 変更 追加 取消

平成29年度 福島県知的障害者福祉協会 合同研修会 参加申込書

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日

申込者種別	1. 施設      2. 保護者会      3. 行政関係      4. 一般・その他	※ 該当する番号を○で囲んでください。	
申込者氏名 施設・団体名	代表者氏名		
	担当者氏名		
連絡先 (書類送付先) 自宅・勤務先	〒 _____		TEL :
			FAX :

No.	職名	氏名	※ 県生活サポート協会会員の方は、ここに○を記入して下さい。	性別	参加の種別			金額計算(助成金適用後)			備考		
					宿泊なし			宿泊	研修会のみ 0円	研修会懇親会のみ 9,500円		宿泊される方 13,000円	合計
					2月15日	懇親会参加	2月16日						
例	支援員	福島 花子		女				○	無			0円	
1													
2													
3													
4													
5													
※「喫煙の有無」欄は、お部屋割りする際のご参考とさせていただきます。 ※ご同室のご希望がある場合は備考欄にご記入願います。なお、お部屋の定員の都合でご希望に沿えない場合がありますのでご了承願います。					合計(小計)							円	* 受付での納入を希望

○ 参加申込みは **1月26日(金)** までに FAX にてお申込みください。  
○ 参加者が記入しきれない場合は、参加申込書(別紙)をご利用下さい。なお、別紙のみでのご提出はなさないようお願い申し上げます。

代金振込先(2月5日(月) までにお振込みをお願いいたします)  
**東邦銀行 本店営業部 普通口座 2401416**  
**名鉄観光サービス(株) 福島支店**

代金振込後に人数変更や取消が出た場合、返金振込先をご記入の上FAXでお知らせ下さい。  
銀行                      支店      口座No.: 普通・当座  
名義人 :

申込先  
**名鉄観光サービス(株) 福島支店** 当 : 荒・佐々木  
Tel 024-521-1341 Fax 024-521-1343

新規 変更 追加 取消

平成29年度 福島県知的障害者福祉協会合同研修会 申込書 (別紙)

申込施設  
団体名:

No.

No.	職名	氏名	※ 県生活サポート協会会員の方は、ここに○を記入して下さい。	性別	参加の種別				金額計算(助成金適用後)			備考		
					宿泊なし		宿泊	喫煙の有無	研修会のみ	研修会懇親会のみ	宿泊される方		合計	
					2月15日	懇親会参加								2月16日
例	支援員	福島 花子		女				○	無	0円	9,500円	13,000円	0円	
合計(小計)														*受付での納入を希望

※「喫煙の有無」欄は、お部屋割りする際のご参考とさせていただきます。  
 ※ご同室のご希望がある場合は備考欄にご記入願います。なお、お部屋の定員の都合でご希望に沿えない場合がありますのでご了承願います。

総合計														
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 枚数が不足する場合は、コピーしてお使い下さい。  
 ※ この別紙は、参加申込書に記入しきれなかった場合にのみ使用して下さい。別紙のみでの提出はなさないようお願い申し上げます。