

受付NO

平成25年度 第18回四国ブロック重症心身障害児(者)を守る会研修会
参加・交流会・宿泊等申込書

(新規・変更・取消)

いずれか○で囲んでください

別紙案内に記載の証券及び参加者名簿作成や旅行手配などのために必要な範囲内で主催者及び宿泊期間等への個人情報の提供について同意の上、以下の内容を申し込みます。

支部名	申込責任者(氏名)											当日の交通機関 バス・マイカー・タクシー・公共機関		
施設・在宅名	住所(参加券等送付先) 〒 - TEL () FAX ()													
													※該当に○印をお付け下さい	

番号	フリガナ 氏名	性別	年齢	介護者	重症児	会議参加			交流会		ホテル		昼食	保険	小計	備考				
						施設	在宅	参加費3,000円／2,000円		参加 6,000円	重症児 (無料)	宿泊 9,000円				重症児 (無料)	24日弁当 1,000円	1,000円	保育希望	宿泊同室希望
								23日	24日											
例	エヒメ ハナコ 愛媛 太郎	男	55	○		○		○	○	○	○	○	○	20,000円	×					
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

●宿泊の同室希望者がある場合は必ずご記入ください。

●交流会、宿泊(添寝の場合)の重症児同伴は無料となりますが有無を必ずご記入ください。

●当日の交通機関調査にご協力願います。(右上欄)

●参加者が多数の場合はコピーしてお使いください。

合 計

<変更・取消時の返金先口座> *必ずご記入願います

銀行名	支店・本店	
口座種別	普通・当座	
口座名義		

FAX送信先 089-921-7166