第13回日本介護支援専門員協会全国大会in四国 申込書

大会参加・懇親会・宿泊申込書

申込書送信先：088－653－2344
メールアドレス：taikai@air-travel.jp
申込締切日：2019年6月28日(金)

下記用紙を使用される際は裏面の**記入例**をご参照ください。

申込は大会専用ホームページ(要項p.10参照)からでも受け付けております。
旅行手配のために必要な範囲内での宿泊機関・保険会社等への個人情報の提供について同意のうえ申込みます。　　申込日　　年　　月　　日

都道府県名	申込代表者氏名(フリガナ)	事業所名(所属先名)	書類送付先　□所属先　□自宅	連絡先
都道府県			〒　　－	TEL
				携帯
			メールアドレス／　　@	FAX

来場交通手段	ＪＲ ・ 航空機 ・ 高速バス ・ 貸切バス ・ 乗用車 ・ その他（　　）

※会員の方は、会員番号をお忘れなくご記入ください。　※6名様以上のお申込みに際しましては、お手数ですがコピーにてご対応をお願いいたします。

No.	フリガナ 参加者氏名	参加種別	1.支部会員 2.非会員 その他	会員番号	8月31日 懇親会	観光コースNo.	宿泊日 8月30日(金)	宿泊日 8月31日(土)	ホテルプラン記号 第1希望	ホテルプラン記号 第2希望	ホテルプラン記号 第3希望	宿泊同室者名 (複数の場合)	参加希望分科会
1		番号	支部名(県)										
2		番号	支部名(県)										
3		番号	支部名(県)										
4		番号	支部名(県)										
5		番号	支部名(県)										

※申込受付完了後、代金請求書をお送りいたします。
【ご返金口座】お支払いが銀行振込の場合のみご記入ください。(変更・取消等の返金先)

銀行名	支店名	種類	口座番号	口座名義名
銀行 信金 信組		普通・当座		

【お問い合わせ先】
株式会社 エアトラベル徳島
〒770-0847 徳島市幸町1丁目47番地3 スタッフクリエイトビル2階
TEL 088-625-5581　営業時間 平日9:30～17:30(休業日 日曜・祝祭日)
FAX 088-653-2344　担当者　介護支援大会担当

備考・その他(手話通訳の必要な方、車椅子ご利用等の特別な配慮を必要とされる方はその旨をご記入ください。)

※変更・取消連絡の場合も、この用紙をご利用ください。

第13回日本介護支援専門員協会全国大会in四

申込書（記入例）

申込書送信先：088－653－2344
メールアドレス：taikai@air-travel.jp
申込締切日：2019年6月28日（金）

下記用

申込は大会専用ホームページ（要項p.10参照）からで

旅行手配のために必要な範囲内での宿泊機関・保険会社等への個人情報の提供について同意のうえ申込みます。

申込日　○○　年　　○　月　　○　日

都道府県名	申込代表者氏名（フリガナ）	事業所名（所属先名）	書類送付先　□所属先　□自宅	連絡先
徳島　都道府県	トクシマ　ハナコ 徳島　花子	○○○事業所	〒 ○○○ － ○○○○ ○○県○○市○○－△△△ メールアドレス／ ●●●●●● @ ●●●● .ne.jp	FAX ○○○－○○○－○○○○

メールアドレスは一文字ずつ丁寧にご記入ください。
例）taikai@air-travel.jp → 一文字ずつはっきりと

来場交通手段	（ＪＲ）・ 航空機 ・ 高速バス ・ 貸切バス ・ 乗用車 ・ その他（　　）

※会員の方は、会員番号をお忘れなくご記入ください。　※６名様以上のお申込みに際しましては、お手数ですがコピーにてご対応をお願いいたします。

No.	フリガナ 参加者氏名	参加種別	1．支部会員 2．非会員 その他	会員番号	8月31日 懇親会	観光コースNo.	宿泊日 8月30日（金）	宿泊日 8月31日（土）	ホテルプラン記号 第1希望	ホテルプラン記号 第2希望	ホテルプラン記号 第3希望	宿泊同室者名（複数の場合）	参加希望分科会
1	トクシマ　ハナコ 徳島　花子	番号 1	支部名（県） 徳島	※※※※※※※※	○	A	×	○	A-1	B-1	E-1		1
2		番号	支部名（県）										
3		番号	支部名（県）										
4		番号	支部名（県）										
5		番号	支部名（県）										

申込みの場合は○　不要なら×

日本介護支援専門員協会会員の方は会員証で番号をご確認ください。

分科会は、第１分科会から、第５分科会まで５つの分科会があります。参加希望分科会の数字をご記入してください。

※申込受付完了後、代金請求書をお送りいたします。
【ご返金口座】お支払いが銀行振込の場合のみご記入ください。（変更・取消等の返金先）

銀行名	支店名	種類	口座番号	口座名義名
銀行 信金 信組		普通・当座		

【お問い合わせ先】
株式会社 エアトラベル徳島
〒770-0847 徳島市幸町1丁目47番地3 スタッフクリエイトビル2階
TEL 088-625-5581　営業時間 平日9:30～17:30（休業日 日曜・祝祭日）
FAX 088-653-2344　担当者　介護支援大会担当

備考・その他（手話通訳の必要な方、車椅子ご利用等の特別な配慮を必要とされる方はその旨をご記入ください。）

※変更・取消連絡の場合も、この用紙をご利用ください。