

「第8回全国校区・小地域福祉活動サミットat関西学院大学」・「平成26年度地域の福祉力セミナー」参加申込書 FAX:06-6645-8090

都道府県		団体名										申込責任者						受付番号			
所在地(個人の場合は自宅)					TEL () -					携帯電話 () -					※可能な場合のみ						
〒 -					FAX () -					e-mailアドレス											
大学最寄り駅からの利用予定交通機関 公共交通機関(バス・タクシー・徒歩)			貸し切りバス等でご来場の場合の車種・台数・乗車予定人数 マイクロ及び小型・中型・大型／ 台/約 名							(申込・お問合せ先 名鉄観光サービス(株)なんば支店 TEL 06-6645-8080 / FAX 06-6645-8090 〒542-0076 大阪市中央区難波4-7-14 担当：下川・住原・米田											
No.	フリガナ	性別	年齢	所属団体における役職	サミット参加費 A:13日のみ (3,500円) B:14日のみ (3,500円) C:2日間 (5,000円)	9月13日(土)				9月14日(日)		宿泊プラン						地域の福祉力セミナー		備考	
	参加者氏名					分科会□日目			交流会	分科会□日目		9/12□(金)		9/13□(土)		9/14□(日)		9月14日(日)			
						第1希望	第2希望	第3希望	5,000円	第1希望	第2希望	第1希望	第2希望	第1希望	第2希望	第1希望	第2希望	5,000円	1,000円	※手話通訳・要約筆記・車イス補助等、必要な場合も下記にご記入ください。	
例	カンサイ タロウ 関西 太郎	男	50	会 長	C	1	7	10	○	2	4							○	○	禁煙室希望	
①																					
②																					
③																					
④																					
※ お申込受付の際、受信確認のFAXを返信いたします。3日以内に返信がない場合は、ご連絡ください。												○ ご請求予定金額(通信連絡費・事務手数料を含みます)									
※ 用紙が足りない場合は、コピーの上、ご使用くださいませ。また、変更・取消の場合は、控えに加筆・修正をしてFAX願います。												合計 _____ 円									
尚、代表者の連絡先(住所・電話・FAX)は正確にご記入くださいますようお願いいたします。												受付日： 月 日 受領確認印：									
通信欄																					

<旅行手配のために必要な範囲内での運送・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上、本旅行に申し込み願います。また、申込書に記載された個人情報は、大会事務局に提出させていただきます。>