

申込先FAX：0532-55-8602

平成26年度 第10回記念 一般社団法人全国知的障害者施設家族会連合会全国大会 参加申込書

申込書記入日 平成 年 月 日 ※太枠内を全て記入し、必ずお手元に控えをお取り下さい。

(フリガナ) 施設名 (その他)		施設種別		申込に関する問合せ先 (申込代表者氏名)
(フリガナ) 住所 (参加券送付先)	〒 -		TEL ( ) - FAX ( ) -	
返金先口座				

No.	フリガナ	性別	年齢	役職名等	大会参加費	経験交流会	宿泊 (シングルまたはツインを選んで下さい)		シャトルバス利用	備 考
					5,000円	7,000円	11,000円 (シングル)	9,500円 (ツイン)	到着予定時刻	
例	アイチダイスケ 愛知大介	男 女	50		○	○	○		○・11時頃	①ツインの方は同室者を記入下さい ②禁煙・喫煙ルームを希望の方は記入下さい
1		男 女								
2		男 女								
3		男 女								
4		男 女								
合 計		—	—	—	(小計)	(小計)	(小計)	(小計)	(小計)	(総計)

〔お振り込み先〕

三菱東京UFJ銀行 新東京支店  
普通 3318411  
名鉄観光サービス(株)

〔お問合せ・申込み〕

名鉄観光サービス(株)豊橋支店  
〒440-0888 豊橋市駅前大通り2-29  
TEL 0532-54-8241 FAX 0532-55-8602  
担当：今泉 昭洋 原 久志

愛知県知的障害者施設家族会連合会  
〒458-0812 名古屋市緑区神の倉1-167  
TEL 080-5130-4061 FAX 052-876-16  
山本 勇

受付欄  
お申込を受け付けました。

※事前にお振込みいただいても大丈夫ですが正式なご請求書と参加証は10月上旬頃に発送させていただきます。  
※振込み手数料は御施設でご負担下さいます様、お願い申し上げます。  
※ご請求書の宛名でご希望がございましたら備考欄にご記入下さい。