

**平成29年度 第13回
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秋田大会**

申込締切 平成29年8月10日(木)

受付 No.	
新規	変更
・	・
取消	

旅行条件及び手配旅行に必要な範囲内での運送・宿泊機関等その他への個人情報の提供について同意の上、下記の旅行に申込ます。

予約確認書等の送付先		県名		団体名				申込担当者名					
		住所 〒							TEL : FAX : E-Mail :				
No.	フリガナ	役職名	性別	年齢	大会参加(a)	情報交換会(b)	宿泊(c)			喫煙禁煙希望	合計金額(a+b+c)	ツインの場合の同室者名	
	氏名						第一希望のホテル		第二希望のホテル				
例	アキタ タロウ 秋田 太郎	施設長	男	56	6,000	7,000	10/2(月) A-1 10,800	10/3(火) A-1 10,800	10/4(水) × ×	B-1 9,500	禁煙	34,600	なし
1													
2													
3													
〈備考〉													

※参加申込は平成29年8月10日(木)までにFAXまたは郵送にてお申し込みください。
※喫煙の有無をお伺いいたしましたが、部屋数の関係で希望に添えない場合もございますので、予めご了承ください。

(株) 近畿日本ツーリスト東北 秋田支店 FAX番号 018-896-4922

返金先口座 (取消等により返金が発生した場合に使用→未記入でも可)

銀行名	支店名	普通・当座	口座番号	口座名義	備考