

平成 27 年度 ファミリーソーシャルワーク研修会
参加・昼食・宿泊申込書 (H28.2.8-9 開催)

◎太枠内に必要事項を記入のうえ、FAXにて **1月12日(火)** までにお申込みください。

◎先着順での受付とさせていただきます。定員(400名)になり次第締切とさせていただきます。

【研修参加申込】

送信日:	月	日	新規申込	内容変更	参加取消
------	---	---	------	------	------

都道府県		施設名称 (所属先名称)	
<施設種別> 該当する番号に○印をつけてください 1.児童自立支援施設 2.児童養護施設 3.情短 4.乳児院 5.母子生活支援施設 6.自立援助ホーム 7.児家セン 8.児童相談所 9.里親 10.その他()			
研修参加者	フリガナ	勤務年数	年 月
	氏名	現職勤務年数	年 月
<研修参加者の職名> 該当する番号に○印をつけてください 1.家庭支援専門相談員 2.保育士 3.母子支援員 4.児童指導員 5.少年指導員 6.里親支援専門相談員 7.上記以外()			
施設 (所属先) 住所 参加券等の 送付先となります	郵便番号	※郵便番号は正確にご記入ください。	
	住所	電話	FAX 連絡担当者 様
テーマ別 分科会 (2日目)	※下記欄に参加希望の分科会番号(1~5)を記入してください。 第二希望までは必ずご記入ください。		
	第一希望:	第二希望:	第三希望:
備考欄			

【昼食申込】

2日目 <2/9(火)> (税込) 1,250円	申込	申込します	申込しません
--------------------------	----	-------	--------

【宿泊申込】 宿泊ホテル:東京ベイ有明ワシントンホテル(研修会場より徒歩5分)

部屋タイプ	宿泊日(泊数)	同室者氏名
シングル ・ ツイン	2月 日より(泊)	ツインタイプをお申込みの場合はご記入ください。

※申込状況により、ご希望のホテルでご案内できない場合、他の近隣ホテルをご案内することがございますことを予めご了承ください。
※ツインタイプのお申込みは、お申込時に同室者が決定されている場合に限らせていただきますのでご注意ください(当方にて相部屋の組み合わせはいたしません)。

【費用計算欄】 ※上記お申込み内容における費用合計額の算出をお願いします。

①参加費	②昼食代	③宿泊費	費用合計額(①~③合計)
11,000円	円	円× 泊分	円

・申込締切日以降に参加券等と振込依頼書をお送りします。到着後振込依頼書記載の口座に費用合計額をご送金ください。
・取消・変更に関しては取消日(または変更日)によっては取消料が発生します。詳細は「参加・昼食・宿泊のご案内」をご覧ください。

<申込書送付先> **FAX 03-3595-1119** 受付時間 平日 9:30~17:30 土日祝日休業

名鉄観光サービス(株)新霞が関支店 電話 03-3595-1121 担当 波多野・山辺

変更・取消が生じた場合は本申込書を変更箇所がわかるよう訂正の上再度ご送信ください