

平成27年度 社会的養護を担う児童福祉施設長研修会 第1回(9/3・4 大阪会場)

受講・宿泊のご案内

■受講料 16,000円(宿泊費は含まれません)

■宿泊のご案内 ※表示の料金は朝食付、諸税・サービス料を含むお一人様1泊あたりの金額です。(宿泊取扱日: 9月3日)

宿泊施設	申込記号	部屋タイプ	宿泊料金	場所
大阪ガーデンパレス (会場ホテル)	AS	シングル (1室1名利用)	8,700円	JR「新大阪」駅北口よりシャトルバスにて約3分(徒歩約10分)
	AT	ツイン (1室2名利用)	8,300円	

※部屋数に限りがございますので、先着順の受付とさせていただきます。上記の宿泊施設が満室となりました場合は、他の宿泊施設への変更をお願いする場合がございます。予めご了承ください。

※ツインタイプ(AT)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。申込書の所定欄に同室者の勤務先およびお名前をご記入ください。(弊社では相部屋の組み合わせは出来ませんので、ご了承ください。)

※会場ホテル以外の宿泊施設への宿泊をご希望される場合には、直接お問い合わせ先(東武トップツアーズ株式会社 東京法人西事業部)までご連絡ください。

■申込および送金方法

- ①申込書に記入の上、郵送又はFAXにて東武トップツアーズ(株)東京法人西事業部までお申込みください。
- ②申込締切後、8月21日(金)頃に参加券及び請求書を送らせていただきます。到着後請求書記載の口座に費用をご送金ください。
- ③お申込後3営業日以内に東武トップツアーズ(株)より受付確認のFAXをご返信いたします。お手元に届かない場合はお電話にてお問合せ下さい。

■申込締切日 平成27年8月7日(金)必着

(但し締切日以前でも原則として定員250名に達した時点で申込受付を終了させていただきます)

■お申込後の変更・取消について

◎変更・取消が発生した場合は、申込時の申込書を変更箇所がわかるよう訂正の上、FAXにて東武トップツアーズ(株)東京法人西事業部までご連絡ください。

◎宿泊の取消につきましては取消日により下記の取消料を申し受けます。予めご了承ください。

取消日	14~8日前	7日前~前々日	前日	当日12:00まで	当日12:00以降 および無連絡
取消料	10%	20%	40%	50%	100%

※受付時間外の変更・取消のご連絡は、翌営業日の受付扱いとなります。ご了承ください。(取消日は宿泊日の前日より起算します。)

■お申込み・お問合せ先(旅行企画・実施)

東武トップツアーズ株式会社東京法人西事業部(担当:内田・春田^{かわみ}・川見)

〒102-0075 東京都千代田区三番町5-7 精糖会館4階

電話 03-5212-7103 FAX 03-5212-7096 受付:平日9:30-17:30(土日祝日は休業となります)

観光庁長官登録旅行業第38号(一社)日本旅行業協会正会員 ボンド保証会員 旅行業公正取引協議会会員

総合旅行業務取扱管理者/酒井 克之

[承認番号(当研修整理番号)客国15-174]

平成27年度 社会的養護を担う児童福祉施設長研修会 第1回(大阪会場/9月3日(木)・4日(金)開催)

【受講・宿泊申込書】

※大阪会場の申込みについては、郵送又はFAXにて、東武トップツアーズ(株)東京法人西事業部宛に 8月7日(金) までにお申込みください。但し、申込締切日以前でも原則として定員(250名)に達した時点で受付を終了させていただきます。ご了承ください。

手配のために必要な範囲内での宿泊機関等への個人情報の提供について同意の上、本研修・宿泊を申込みます。

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

●受講・宿泊申込

都道府県または 政令指定都市名		種別	【↓該当する施設種別の番号に○印をつけてください】 1.児童養護施設 2.乳児院 3.母子生活支援施設 4.情緒障害児短期治療施設 5.児童自立支援施設		
施設名	複数施設(種別)の施設長を兼務されている場合は、左記にご記入いただいた施設名以外の施設名を以下にご記入ください。				
施設所在地	郵便番号	参加券等の送付先となりますので郵便番号・住所は正確にご記入ください。			
	住所				
	電話	FAX	ご担当者	様	
備考欄	※上記住所以外に送付希望の場合、送付先の①郵便番号・住所、②送付先名称、③担当者氏名、④電話・FAX番号をご記入ください。				

分科会希望 【希望する分科会に○をつけてください】	第1希望		第2希望	
	<input type="checkbox"/>	第1分科会(リスクマネジメント)	<input type="checkbox"/>	第1分科会(リスクマネジメント)
	<input type="checkbox"/>	第2分科会(地域支援)	<input type="checkbox"/>	第2分科会(地域支援)
	<input type="checkbox"/>	第3分科会(社会的養護基礎)	<input type="checkbox"/>	第3分科会(社会的養護基礎)

※会場の都合により、ご希望に沿えない場合がございますので、予めご了承ください。

フリガナ 受講者氏名	性別 年齢	資格 (どちらかに○)	宿泊申込記号	ツインの場合の同室者氏名 宿泊日(泊数)
フリガナ	性別	施設長	宿泊申込記号	同室者氏名(AT申込の場合)
受講者氏名	年齢	施設長就任前	9月	日より (泊)

※「AT」のお申込みは同室者が決定されている場合のみ受付をさせていただきます。

●お申込み・お問合せ先

東武トップツアーズ株式会社 東京法人西事業部 担当:内田・春田・川見^{かわみ}
電話: 03-5212-7103 受付時間 平日 9:30-17:30 (土日祝日休業)

申込書送信先 FAX 03-5212-7096 (送信状は不要です)

トップツアー回答欄	申込受付日	変更・取消日
<input type="checkbox"/> お申込をお受けしました。 <input type="checkbox"/> ホテル満室のため、調整後に連絡させていただきます。 <input type="checkbox"/> 恐れ入りますが、定員に達したためお受けできません。		

◎当研修会の宿泊につきましては、全国社会福祉協議会からの業務委託に基づきご案内させていただき募集型企画旅行となります。