

第27回全国自閉症者施設協議会

お申込書

◆お一人様1枚です。複数人数でご参加の場合はコピーしてお使いください。  
空欄箇所をご記入ください。また、該当箇所には○印をつけてください。

旅行社記入欄

都道府県		施設種別	
施設名			
住所 〒 -			
TEL( ) -	FAX( ) -	携帯( ) -	
連絡担当者名			
請求書・領収書宛名(施設名と異なる場合のみ記入)		領収書の発行は必要ですか	
		<input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 <small>必要な方で金額、内訳等の発行方法に指定のある方は備考欄にご記入ください。</small>	

フリガナ	年齢	性別	職名
氏名		男 ・ 女	
大会参加日 (○をつけてください)	両日とも参加 7,500円	14日のみ参加 4,000円	15日のみ参加 4,000円
ご希望の分科会番号 (開催要項参照)	第1希望		第2希望
	第 分科会	第 分科会	
11月15日お弁当(お茶付) 1,050円	必要 ・ 不要	懇親会 5,000円	参加 ・ 不参加

宿 泊	1. 希望する	2. 希望しない
宿泊を希望される方は、別紙宿泊ホテルよりホテルコードをご記入ください。		
ホテルコード	同室希望者名(2名1室を希望される方のみ)	
-		

アンケート	たばこ	喫煙 ・ 禁煙
該当箇所に○印をつけて下さい。	ホテルまでの交通	公共機関 ・ マイカー

備考(その他ご連絡欄)

※鉄道・飛行機等の手配が必要な方は上記、備考欄にご記入頂くか、  
近畿日本ツーリスト 大阪法人旅行支店 担当 大西または楠崎までご連絡下さい。  
(TEL :06 - 4397 - 8778 / FAX:06 - 4397 - 8779)