

# 平成19年度 第13回 九州ブロック介護福祉士研修会 参加・宿泊・昼食等申込書

お申込締切日:平成19年6月3日(土)/ お申込 FAX:098-864-1772

\* 太線内をすべてご記入ください。必ず控え(コピー)をおとり下さい。  
代表者(申込責任者)についてご記入下さい。

申込日	月	日	支部名 (都道府県名)	TEL	
				FAX	
フリガナ 申込代表者 氏名			フリガナ 送付先 住所	〒	
				市 区・町 村	

事務記入欄	記入不要
-------	------

NO	フリガナ 氏名	性別	年齢	参加形態 会員番号	大会参加 金額記入	宿泊			昼食 6月30日 1000円	送迎バス 700円			費用合計	フリガナ 同室希望者名
						29日(金) 大会前日	30日(土) 大会当日	第2希望		6月29日 イ	6月30日 ロ	6月30日 ハ		
例	オキナ/タロウ 沖縄 太郎	男 女	35	○ 会員 その他 99 - 9999 - 99	金額記入 1,000	×	A-1	B-1		○	○	○	12,300	オキナ ハコ 沖縄花子
1		男 女		会員 その他	金額記入									
2		男 女		会員 その他	金額記入									
3		男 女		会員 その他	金額記入									
4		男 女		会員 その他	金額記入									
5		男 女		会員 その他	金額記入									
<b>振込金額合計</b>														

会員の方は、**会員番号**を必ずご記入ください。

大会参加のみの方(宿泊不要)も、必ず申込書をお送りください。なお、欄が不足の場合はコピーしてご使用ください。

代表者の方は、代表者欄(最上段)にもご記入下さい。

ツインの部屋をご希望の方は、同室希望者欄に相手方氏名を必ずご記入下さい。

宿泊につきましては、第2希望までご記入下さい。大会指定各ホテルのルームタイプには限りがございます。お申込順に受付ますが、ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承下さい。

返金の際のお客様の銀行等及び口座名

銀行名	銀行・信用金庫・組合	本店・支店・出張所	フリガナ
口座番号	普通・当座		口座名

申込書送付先・問合せ先

〒900-0033 那覇市久米2-4-13

明治安田生命ビル1階

近畿日本ツーリスト沖縄  
『介護福祉士研修会』係

担当 電話 098-867-7111  
豊里・浦崎 FAX 098-864-1772