平成２９年度　四国地区社会福祉士合同研修会（愛媛大会）参加申込書

【いずれかに〇をお付け下さい。】

新規・変更・追加・取消

送付ＦＡＸ先０８９－９４８－８０３２　　　※必ず控え（コピー）をお残しください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　月　　　　日

【申込締切日】

平成29年

~~11月15日（水）~~

**１１月２７日（月）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 都道府県 |  | 申込み代表者 | フリガナ： | 会員番号 | ※入会手続き中の方は『入会手続中』と記入ください。 |
| 参加券等送付先（自宅・勤務先）※該当に〇印をお願いします。 | 〒　　　－連絡先電話番号：　　　　　　　　ＦＡＸ：携帯電話番号：　　　　　　　　　Ｅメール： | ご希望の方 | 手話通訳・介助・車椅子その他（　　　　　　） |
| 上記で勤務先を選ばれた方は | 勤務先名：所属先名： | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | フリガナ氏　　名 | 性別 | 参加形態会員\3,000非会員\5,000 | 懇親会\5,000 | 分科会参加希望 | 東急ＲＥＩホテル宿泊希望\9,720（税込）朝食付き（希望日に〇を記入ください。） | 備　　考喫煙・禁煙・同室希望者 |
| 第１希望 | 第２希望 | 第３希望 | １２／１前泊 | １２／２当日泊 | １２／３後泊 |
| 例 | エヒメ　ハナコ愛媛　　花子 | 女 | 会員 | 〇 | 権利擁護 | 地域支援 | 福祉経営 |  | 〇 |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ◆ご希望される分科会が定員に到達した場合、ご希望に添えない場合がございます。ご了承ください。 | ◆通信欄 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※参加取消時のご返送先をご記入ください。（11/29までの取消しについて振込手数料は差し引いて返金いたします。） | 【振込先】伊予銀行　本店営業部普通　４７５４３２９　　　 | 【申込書送付先・問合せ先】**一般社団法人愛媛県社会福祉士会****【事務局】　〒790-0905****愛媛県松山市樽味２丁目２－３****ラ・マドレーヌビル２F****TEL（089）948-8031　FAX（089）948-8032****MAIL　　　eacsw@mbr.nifty.com** |
| 銀行名 | 　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　　組合　　　　　　　　　　出張所 |
| 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義 |  |
|  |

※お申込書欄が不足の場合はこの申込書をコピーしてお使いください。※この申込書内の個人情報について、本研修会受付業務以外の目的に使用することはありません。