

申込先：
 近畿日本ツーリスト(株) トラベルサービスセンター
 「全国職員研修会議」係

申 込 日 (当社記入欄)	年 月 日	照会番号	
------------------	-------	------	--

F A X : 03-6730-3230

(T E L : 0570-064-205)

(月～金/10:00～17:00、定休日/土・日・祝祭日)

平成 28 年度 全国 軽費 老人 ホーム 協議会 「 全国 職員 研究 会議 」 参 加 ・ 宿 泊 申 込 書

近畿日本ツーリスト株式会社 御中

別紙パンフレットに記載の旅行条件に同意します。また、旅行手配およびお客さまとの連絡等のために必要な範囲内での運送・宿泊機関、本ツアーで提携の団体・企業への個人情報の提供について同意の上、上記の旅行に申し込みます。

※参加申込所定欄にもれなくご記入、○印をお付けください。

平成 28 年 月 日

都道府県		施設種別	軽費A・軽費B・併設ケアハウス・単独ケアハウス・特定施設指定		
所在ブロック	北海道・東北・関東・東海北陸・近畿・中国・四国・九州		会員区分	会員・非会員	
施設名					
連絡先	〒 ※郵便番号・住所は必ず正しくご記入ください				
参加書類送付先	【連絡担当者名		TEL:	FAX:	
	】				
(フリガナ) 参加者氏名	職名	宿泊希望 ○印をお付けください	宿泊希望日	禁煙有無	情報交換会 ○印をお付けください
		宿泊希望 ・ 宿泊不要	11月__日 より__泊	禁煙 ・ 喫煙	出席 ・ 欠席
		宿泊希望 ・ 宿泊不要	11月__日 より__泊	禁煙 ・ 喫煙	出席 ・ 欠席
備考欄					

- ※ご注意……………☆ 必ずFAXにて必要事項ご記入の上、お申込ください。控えをお取置きください。
 ☆ お申込の内容に基づき、参加券、振込用紙、宿泊予約案内書等を送付いたします。
 ☆ 宿泊希望・禁煙有無・情報交換会希望の所定欄に○印をお付けください。
 ☆ 禁煙部屋有無はご希望にそえない場合もございます。ご了承ください。
 ☆ 変更・取消が生じた場合は上記、備考欄にその旨ご記入いただきまして再度FAXにてご連絡お願い申し上げます。

※変更・取消等による返金が生じた場合の為、返金先口座をお知らせ下さい。

銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義