

# 第24回 中四国精神保健福祉士大会(高知大会)

## 参加・宿泊・懇親会申込書

申込先

〒 780-0822 高知県高知市はりまや町1-1-9  
 名鉄観光サービス(株)高知支店 担当:福田  
 TEL 088-873-5888 FAX 088-825-3661

別紙案内に記載の条件及び参加者名簿作成や旅行手配などの為に必要な範囲内で主催者及び宿泊機関等への個人情報の提供について同意の上、以下の内容を申し込みます。

受付NO	施設名	ご連絡先(資料送付先) 〒	フリガナ
		住所	ご担当者
		TEL ( )	
		FAX ( )	

	フリガナ氏名	性別	年齢	参加種別 (下記より選択)	経験年数 (○年目)	所属機関	* 障害対応	分科会 第一希望	分科会 第二希望	懇親会 6000円	希望 ホテル	小計	備考
(例)	コウチ タロウ 高知 太郎	男	40	①	2年目	作業所	車いす	③	④	○	A-1	22,000 円	
1					年目							円	
2					年目							円	
3					年目							円	
4					年目							円	
5					年目							円	
											合計	円	

\* 障害対応については、手話通訳、要約筆記、車いす使用などをご記入ください。

- 6名以上のお申込の場合はコピーをしてご記入下さい。
- 申込書が弊社に届きましたら、受付NOを記載したものを、返信いたします。数日経っても返信が届かない場合は、お手数ですが、ご一報願います。
- 予約完了の書類は、改めて1月30日頃に発送させていただきます。その際、振込用紙を同封いたしますので、2月13日(金)までにご入金願います。
- お申込書1通につき通信費として別途500円申し受けます。

【参加種別】

- ①: 会員(県協会員・日本精神保健福祉士協会構成員)=7,000円
- ②: 非会員=8,000円
- ③: 当事者・家族・学生=2000円

<弊社使用欄> 上記、受領いたしました。

月 日 受付者