

FAX送信先:03-5366-2993(日本協会事務局 担当:植木、露崎)

復興支縁ツアー(2015.4.25-26岩手) 参加申込書

旅行期間:岩手県/2015年4月25日(土)・26日(日) 1泊2日

■旅行手配の為に必要な範囲内での運送・宿泊期間、保険会社等への個人情報の提供について同意の上、本ツアーに申し込みます。

申込日 2015年 月 日

申込ツアー	岩手(2015/4/25-26)
-------	------------------

氏名フリガナ		本協会 構成員番号	
参加者氏名			
生年月日(西暦)	年 月 日	性別	男 ・ 女
旅行手配書・ 請求書送付先	(〒 -)		
連絡先	電話番号	FAX 番号	左記連絡先は… ()ご自宅・()勤務先
	携帯電話番号		
ホテルの部屋のご希望について ○をお付けください	()禁煙希望 ()喫煙希望 ()どちらでも良い ※状況によっては、ご希望に沿えないこともございます。何卒ご了承ください。		

【通信欄】

■旅行代金につきましては、申込締切日以降にご請求書を送付いたしますので、案内にそってご入金の程よろしく願いいたします。

お申込み

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 事務局(担当:植木、露崎)
東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7階

旅行取扱

トップツアー株式会社盛岡支店(担当:佐藤 泉)
岩手県盛岡市大通1-11-13 6階
TEL:019-651-8800 FAX:019-653-2093
営業日・営業時間:(月)~(金)9:00~18:00 (土)・(日)・(祝)休業