

平成28年度 障害者福祉センター管理運営研修会 参加申込書

ふりがな _____		男	昭和	年	月	日	生
氏名		女	歳				
勤務先					役職名		
所在地	〒 _____						
		TEL ()				-	
		FAX ()				-	
今回の研修会で学びたいことをお書き下さい							
分科会 (ご希望の分科会に○印をつけてください)			第1分科会		第2分科会		
施設見学(仙台市太白障害者福祉センター)			希望する		希望しない		
障害の有無	無・有 ()						

※本書に記載いただいた個人情報は、研修会以外の目的には使用しません。

氏名、勤務先名、職名を記載した参加者名簿につきましては、参加者間の情報交換等を目的として各参加者に配布いたしますので、ご了承ください。差し障りある場合には、お手数ですが事務局までご連絡ください。

宿 泊 申 込 書

宿泊先： 9月28日 アークホテル仙台青葉通り
 9月29日 "

宿泊を	希望する	希望しない
-----	------	-------

希望日	9月28日	9月29日
-----	-------	-------

禁煙等	禁煙室希望	喫煙室希望
-----	-------	-------

※該当する箇所に○印をつけてください

禁煙室・喫煙室はご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。

戸山サンライズ処理欄

1	2	
/	/	