

第47回全国公立学校難聴・言語障害教育研究協議会全国大会(福島大会)

<大会参加・交流会・宿泊等 申込書>

新規 変更 取消

***お一人様1枚でご記入下さい**

送信先

【東武トップツアーズ(株) 福島支店】

FAX:024-522-0051

* 旅行手配に必要な範囲内での大会事務局・宿泊機関等への個人情報の提供について同意のうえ、以下の通り申込みます。

申込者氏名	フリガナ	性別	□ 男 □ 女
	氏名		
所属先名称	() □ 都 □ 道 □ 府 □ 県	職名 ()	
参加券等送付先	〒 — (郵便番号は必ずご記入ください)		
	TEL () —	FAX () —	
申込者の役職・担当等	<input type="checkbox"/> 全難言協役員 <input type="checkbox"/> 実行委員 <input type="checkbox"/> 通級指導教室・難聴学級設置校校長 <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 難聴学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 通常の学級 <input type="checkbox"/> その他 ()		
全体会の参加予定 □に✓を記入	総会	開会行事	講話
	□参加 □不参加 □手話通訳希望	□参加 □不参加 □手話通訳希望	□参加 □不参加 □手話通訳希望
分科会の参加予定 □に✓を記入	□構音障がい	□吃音	□発達障がい
			□聴覚障がい □手話通訳希望
備考	その他のご要望がありましたらご記入下さい		車での来場予定 □あり

項目	申込欄	金額・希望ホテル	お申込み金額
大会参加費	<input type="checkbox"/>	5,000円	円
交流会	<input type="checkbox"/>	5,000円	円
弁当7月27日(金)	<input type="checkbox"/>	1,000円/1食	円
宿泊7月25日(水)	<input type="checkbox"/>	第1希望ホテル () シングル/ツイン	円
宿泊7月26日(木)	<input type="checkbox"/>	第2希望ホテル () シングル/ツイン	円
宿泊7月27日(金)	<input type="checkbox"/>	第3希望ホテル () シングル/ツイン	円
ツインご希望の場合 同室者の氏名(フルネーム)			
備考	その他のご要望がありましたらご記入下さい		合計金額 円

* ご宿泊施設につきましては、ご希望に添えない回答となる場合がございます。予めご了承ください。

こちらで宿泊予約をされない方へ 宿泊総数把握のため回答にご協力ください。

ご自身で宿泊施設を 予約されましたか	□はい □いいえ	「はい」の場合、差し支えなければ 施設名を右記にご記入ください。
-----------------------	-------------	-------------------------------------

* お問い合わせ先 *

東武トップツアーズ(株) 福島支店 担当:柳田・藤倉・吉田
〒960-8041 福島市大町7-25 アクティ大町ビル5階
TEL:024-523-4451 FAX:024-522-0051

申込み締切日 **6月29日(金)まで**

手話通訳を希望の方は **6月22日(金)まで**