

◎インターネットでお申込の方は記入の必要はありません。

NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク (新規・追加・変更・削除取消) ※○をつけてください。

送信日 年 月 日

**第15回全国の集いin群馬 参加申込書**

FAX送信先:027-323-2316

申込代表者名		役職名	連絡先名	
所属先名			TEL	(自宅・勤務先)
関係書類送付先住所 *○をつけて下さい (自宅・所属先)			FAX	(自宅・勤務先)
			E-Mail	(自宅・勤務先)
			*弊社よりご連絡させていただく場合に利用させていただきます。	

複数で申し込まれる場合は、確認書等の書類一式を申込代表者に全員一括して送付いたします。

No.	フリガナ 大会参加者名	性別	年齢	NPO会員or非会員			職種 下記より 選択下さい	懇親会 9月20日 参加○印	お弁当		宿泊ホテル				
				会員	非会員	学生			9月20日 9月21日	9月21日	宿泊日			同室者名(ツイン利用の場合)	
											第1希望 記号	第2希望 記号	9月19日		9月20日
例	群馬 太郎(グンマ タロウ)	男	40	○			⑤	○	○	D	A	○	○		
1															
2															
3															
4															
5															
6															

職種をお選び下さい。⇒①医師 ②歯科医師 ③薬剤師 ④施設長又は管理者 ⑤介護支援専門員  
⑥看護職 ⑦リハビリ職 ⑧(管理)栄養士 ⑨介護職 ⑩その他の専門職 ⑪一般市民 ⑫学生

◆部屋タイプ(○印) シングル ツイン

◆お支払い方法

銀行振込 みずほコーポレート銀行 十五号支店 普通預金 3104186 (株)日本旅行高崎支店

◆領収書が必要な方はご記入ください。

宛名	
----	--

1泊2日観光オプションツアー(9月21~22日)申込欄

ツアーに○印して下さい ◆1泊2日コース \*和室利用のため2~4名利用の場合お一人様5000円追加にてお受けいたします。

ツアー代表者氏名 ①	
同行者氏名(参加者全員ご記入下さい)	
②	⑤
③	⑥
④	その他

※懇親会は先着350名様までとなります。

※宿泊・オプションツアーのお申込締切は8月18日(火)、お支払いはインターネットでお申込の方は、お申込日から起算して 10日以内をお願いいたします。

FAXでお申込の方は弊社より回答書面をFAXいたしますので、その書面が到着した日から起算して 10日以内にお支払いください。

※宿泊について部屋数に限りがありますので第1希望満室の場合自動的に第2希望となり第2希望まで手配できない場合は申込受信後5日後までにFAX書面にてご連絡いたします。また全てのホテルが満室になり次第締め切りとなりますのであらかじめご了承下さい。

◎本申込書にご記入いただいた内容は、本大会運営以外の使用・開示はいたしません。  
高崎支店 TEL 027-322-3611 E-mail: zaitaku15@nta.co.jp (月~金 9:30~18:00)  
担当:「第15回全国の集いin群馬」 デスク 宮澤・都丸・小池・佐藤(正)

