

平成 30 年度 ファミリーソーシャルワーク研修会

参加・名刺交換会・昼食・宿泊申込書 (H31.1.21-22 開催)

◎太枠内に必要事項を記入のうえ、FAXにて **平成 30 年 12 月 25 日 (火)** までにお申込みください。

◎先着順での受付とさせていただきます。定員(400名)になり次第締切場合があります。

【研修参加申込】

送信日: 月 日 新規申込 内容変更 参加取消

都道府県		施設名称 (所属先名称)	
<施設種別> 該当する番号に○印をつけてください 1.児童養護施設 2.乳児院 3.母子生活支援施設 4.児童自立支援施設 5.児童心理治療施設 6.自立援助ホーム 7.児童家庭支援センター 8.児童相談所 9.里親 10.ファミリーホーム 11.その他()			
研修 参加者	フリガナ	性別	年齢
	氏名	男性・女性	歳
通算勤務年数		年	ヵ月
現職勤務年数		年	ヵ月
<研修参加者の職名> 該当する番号に○印をつけてください 1.家庭支援専門相談員 2.保育士 3.母子支援員 4.児童指導員 5.少年指導員 6.里親支援専門相談員 7.個別対応職員 8.心理療法担当職員 9.職業指導員 10.看護師 11.その他()			
施設 (所属先) 住所 参加券等の 送付先となります	郵便番号	※郵便番号は正確にご記入ください。	
	住所		
	電話	FAX	連絡担当者 様
テーマ別 分科会 (2日目)	※下記欄に参加希望の分科会番号(1~5)を記入してください。 第3希望まで必ずご記入ください。先着順での受付とさせていただきます。第2希望または第3希望の分科会になる場合があります。		
	第1希望:	第2希望:	第3希望:
備考欄			

【名刺交換会申込】

1日目 <1/21(月)> (税込) 3,240円	申込	参加します ・ 参加しません
---------------------------	----	----------------

【昼食申込】

2日目 <1/22(火)> (税込) 1,250円	申込	申込します ・ 申込しません
---------------------------	----	----------------

【宿泊申込】

宿泊希望ホテル (ご希望の申込記号に○印をお付けください。第2希望までお願いします)	宿泊日(泊数)	同室者氏名 (「A-2」・「B-2」にてお申込みの場合)
第1希望 A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2	第2希望 A-1 ・ A-2 ・ B-1 ・ B-2	1月 日から(泊)

※A-2およびB-2(ツインタイプ)をお申込みの場合は同室者氏名を必ずご記入ください。
 ※申込状況により、ご希望のホテルでご案内できない場合、他の近隣ホテルをご案内することがございますことを予めご了承ください。

【費用計算欄】 ※上記お申込み内容における費用合計額の算出をお願いします。

①参加費	②名刺交換会	③昼食代	④宿泊費(第1希望で算出)	費用合計額(①~④合計)
13,000円	円	円	円×泊分	円

・1月上旬に参加券および送金のご案内を郵送いたします。到着後送金のお手続きをお願いいたします。
 ・取消・変更に関しましては取消日(または変更日)によっては取消料が発生します。詳細は「参加・名刺交換会・昼食・宿泊のご案内」をご覧ください。

<申込書送付先> **FAX 03-3595-1119** 受付時間 平日 9:30~17:30 土日祝日休業

名鉄観光 MICE センター 電話 03-3595-1121 担当 波多野、柴田

変更・取消が生じた場合は本申込書を変更箇所がわかるよう訂正の上再度FAXにてご連絡ください