

FAX送り先: 083-223-4892 E-mail: fukushi@tourist-shimonoseki.jp

郵送先: 〒750-0016 山口県下関市細江町2丁目2番5号 電話番号 083-223-4891

第24回 全国中途失聴者・難聴者福祉大会 in やまぐち 【参加申込書】

※いずれかに○印をご記入下さい

新規・追加・変更・取消し

都道府県名		所属団体名	・無	申込日	月 日
ふりがな		年齢	性別	聴覚障害	身障者手帳
申込者氏名		歳	男・女	有・無	有(級)・無
住 所 (参加証送付先)	(〒 -)			情報保障手段(○印記入) 要約筆記・補聴器・手話 ヒアリンググループ・他()	
連絡先	PCメール			FAX	
	携帯メール				
ふりがな		年齢	性別	※1 同伴者は分科会、宿泊とも申込者と同じとなります。	
同伴者 ※1 (介助者・お子様)		歳	男・女	※2 分科会・宿泊・観光は先着順となります。必ず第二希望までご記入下さい。希望に添えない場合は実行委員会にて調整いたします。	
希望分科会 ※2 (○印記入)	第一希望	第1・第2・第3・第4	分科会		
	第二希望	第1・第2・第3・第4	分科会		

★大会申込の内訳(下記の項目をご選択のうえ、第一希望の金額をご記入下さい。)

		ご本人		同伴者(介助者またはお子様)		※3 参加費について 子供(未就学児)は無料です。
参 加 費 ※3		4,500円	4,500円	4,500円	円	
11月24日(土)	懇親会費	7,000円	円	7,000円	円	
11月25日(日)	弁当代	1,000円	円	1,000円	円	
11月26日(月)	1日観光旅費	10,000円	円	10,000円	円	
小 計		①	円	小 計	②	円
希望ホテル	ホテル記号	部屋タイプ		宿泊費計 ③ 宿泊代金×泊数	宿泊 希望日(○印を記入下さい。)	
		シングル	ツイン			
第一希望				円	11月23日(金)	
第二希望				円	11月24日(土)	
同室者名	* 同伴者と2名シングル希望はシングル2ルームをご記入下さい。 * ツイン希望の方は同室者のお名前をご記入下さい。				11月25日(日)	
					11月26日(月)	
通 信 欄					合計金額(①+②+③)	
車椅子・盲ろう・弱視・その他()					※③は第一希望で計算	
					円	

【注意事項】

- ・太枠内は、必須事項です。漏れの無いようご記入下さい。
- ・お申込後、1週間以内に返信が無い場合は、お手数ですがお問合せ下さい。
- ・複数の申し込みがある場合は、この用紙をコピーしてご利用下さい。

※参加申込書に記載いただいた個人情報は、本大会運営以外の目的では使用いたしません。