

第55回九州医療ソーシャルワーカー研修会おきなわ大会 申込書

お申込締め切り日 10月12日(金)

お申込日 月 日

送信先FAX:092-751-4098

代表者名		所属機関名		部署名		TEL	()
住所(書類送付先)	〒 (勤務先・自宅)					FAX	()

	フリガナ 氏名	性別	参加区分 <small>○で囲んでください</small>	宿泊 *記号を記入ください			ワークショップ				懇親会 4,500円	昼食 1,000円	備考欄 <small>禁煙喫煙、同室者名</small>	
				11月22日	11月23日	11月24日	1	2	3	4				
例	オキナワ タロウ 沖縄 太郎	男	会 員 非会員 学生	B-S	B-S	x	第一 希望			○		○	○	禁煙希望
1			会 員 非会員 学生				第一 希望							
2			会 員 非会員 学生				第一 希望							
3			会 員 非会員 学生				第一 希望							

【お問い合わせ・お申し込み先】

JTB九州MICEセンター「第55回九州医療ソーシャルワーカー研修会おきなわ大会」係
 〒810-0072 福岡市中央区長浜1-1-35 新KBCビル5階 (株)JTBビジネスネットワーク内 TEL:092-751-2102 FAX:092-751-4098
 営業時間:月～金曜 9:30～17:30 土・日祝祭日休業 総合旅行業務取扱管理者:四元 嘉彦

※禁煙・喫煙のご希望は備考にご記入ください。なお、確約ではございませんので、予めご了承ください。
 ※申込者様が3名様以上場合は、この用紙をコピーしてお使いください。(申込書が複数枚にわたる場合は合計枚数を明記してください)