

NPO法人 全国精神障害者地域生活支援協議会（あみ）第19回全国大会 in 新潟  
**『原点回帰』 ~IMA sono TOKI~ 参加申込書**

FAX : 03-5212-7096  
 \* 申込締切日 6月19日(金) 必着

申込日： 年 月 日

※旅行手配のために必要な範囲内での宿泊機関等への個人情報の提供について同意のうえ、本研修会に申し込みます。

都道府県	ふりがな	区分 ※該当に○をお付けください。	分科会 ※希望分科会番号をお書き下さい								
	事業所名		第1希望	第2希望							
		会員   一般   当事者・学生・家族									
団体名	実施事業		電話：								
			FAX：								
住所	〒 - ※参加券送付先になりますので正確にご記入下さい		連絡担当者								
フリガナ 参加者氏名	性別	役職名	経験 年数	区分			宿泊申込(記号記入)		懇親会 7/17(金)	お弁当 7/18(土)	同室希望者名(備考)
				会員	一般	当事者 学生・家族	7/16(木)	7/17(金)			
例		ニイガタ タロウ 新潟 太郎	5 年	○			A S	A S	○	○	
1	男女		年								
2	男女		年								
3	男女		年								
4	男女		年								
通信欄											

※ご希望のホテルが満室になった場合は、他のホテルをご案内する事がございます。予めご了承下さい。

※お申込み後、変更・取消が生じた場合は、お手数でもお申込み時の申込書を上書き訂正し、「再送」と通信欄に大きくご記入の上FAXにてご返送下さい

<b>【申込書送付先】</b> 東武トップツアーズ(株) 東京法人西事業部 担当：内田・春田・川見 〒102-0075 東京都千代田区三番町5-7 精糖会館4階 TEL:03-5212-7103 FAX:03-5212-7096 営業時間：平日9:00-18:00 土・日・祝日休業	<返金の際のご送金先> 銀行 支店 普通・当座 No. 口座名義	東武トップツアーズ 回答欄	
	<input type="checkbox"/> ご記入頂いた通りお申込を受付致しました。 <input type="checkbox"/> ホテル満室のため調整後にご連絡させていただきます。 <input type="checkbox"/> 誠に恐縮ですが定員に達したためお受け出来ません。		受付日 変更・ 取消日