

**ケアマネジメント研修  
受講申込書**

下記の通り申し込みます。

(ふりがな) 申込者氏名	
連絡先住所	〒 _____
連絡先電話番号	
連絡先 F A X 番号 (ある場合)	
会員番号 (会員の場合)	
所属都道府県支部名 (会員の場合)	
受講者名簿への掲載の可否	1. 可 2. 否 (※氏名、支部名を掲載します)
懇親会参加希望 (どちらかに○をつけてください)	1. 希望する                      2. 希望しない (※参加人数により開催しない場合があります)
2日目の弁当手配	1. 希望する                      2. 希望しない
宿 泊 手配	1. 希望する・10/28(土)      2. 希望しない (前・後泊希望の方は左記に日付をご記入下さい。    /    /    )
備 考 (受講にあたって特に配慮が必要な事などがありましたらご記入ください)	

**【申込方法】** 必要事項をご記入のうえ、次の申込先まで F A X または郵便にてお申込ください。

**【申 込 先】**

日本旅行東京法人営業部

〒105-0004 東京都港区新橋2-16-1 ニュー新橋ビル9階

TEL 03-3593-0321 FAX 03-3592-0880 担当／高宮、内田

**【申込締切】** 9月15日(金)

※申込締切日前でも定員となり次第締め切ります。

**【受講可否の連絡】**

受講可否は、9月24日ごろまでに郵便にてご連絡します。会場案内、受講費の納入方法、懇親会、宿泊およびキャンセル等の扱いについては、受講可否の連絡時にご案内します。