

FAX申込先：018-896-4922

第27回全国中途失聴者・難聴者福祉大会in美の国あきた

【参加申込書】

個人情報保護法に基づき下記事項に同意頂き、チェック欄にチェックをお願いします。

近畿日本ツーリスト株式会社秋田支店御中 別紙パンフレットに記載の旅行条件に同意します。また、旅行手配やお買物の便宜等のために
(チェック欄) 必要な範囲内で運送・宿泊機関等、保険会社等へ個人情報の提供について同意のうえ、以下の旅行に申し込みます。

※いずれかに○印をご記入ください

新規 追加 変更 取消

都道府県名		所属団体名		・無	申込日	月	日
フリガナ			年齢	性別	聴覚障害	障害者手帳	
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)※複数回答可		
					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				TEL		
	携帯メール				FAX		
フリガナ			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ください。 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	ソフトバレー・ポッチャ
	第二希望	第1	・	第2	・	第3	ソフトバレー・ポッチャ
*第3分科会希望の方はソフトバレーかポッチャに○印を入れて下さい							

★大会申込書の内訳(下記の項目をご選択の上、第一希望の金額をご記入ください)

		ご本人		同伴者(介助者またはお子様)		
参加費 ※3		5,000円	5,000円	5,000円	円	※3 参加費について 大会参加費の免除はございませ ないので、皆様お支払頂きます。 小学生以上は同額・未就学児は 無料です。
11月25日(土)	懇親会費	8,000円	円	8,000円	円	
11月26日(日)	お弁当代	950円	円	950円	円	
11月27日(月)	日帰り観光	8,000円	円	8,000円	円	
		①小計	円	②小計	円	
11月26日(日) ~11月27日(月)	1泊2日観光	※こちらにつきましては申込み窓口は「旅企画思い出工房」様となりますので、 別途、お申し込みください。				
希望ホテル	ホテル番号	部屋タイプ		③宿泊費計 宿泊代金×泊数×人数	宿泊希望日(○印を記入ください)	
		シングル	ツイン			
第一希望				円	11月24日(金)	
第二希望				円	11月25日(土)	
同室者名	*同伴者と2名シングルの希望はシングルルーム2ルームと記入ください *ツイン希望の方は同室者のお名前を記入ください				11月26日(日)	
通信欄					合計金額 (①+②+③) ※③は第一希望で計算	
車椅子・盲ろう・弱視・その他()					円	

※ご希望の宿泊ホテルを承りますが、ご希望にお応えできない場合がございますので、予めご了承ください。

※申込み人数が上記欄で不足の場合は、本誌をコピーのうえご利用をお願いいたします。

※お申込後、1週間以内に返信がない場合は、お手数ですがお問合せください。

【お申込み・お問合せ先】

近畿日本ツーリスト(株)秋田支店 第27回全国中途失聴者・難聴者福祉大会 係

〒 010-0951 秋田県秋田市山王3-1-7 東カンビル2F

メール: akita@or.knt.co.jp FAX: 018-896-4922 TEL: 018-896-4890

担当: 高橋・熊谷・小野

確かに受領致しました

PA

2023年 月 日

※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。