

四国ブロック社会福祉法人新会計基準研修会 (参加・昼食・宿泊 申込書)

事業所名 _____ 担当者名 _____

所在地 〒 _____

市・郡 _____

_____ 県

_____ 町・村

TEL _____

FAX _____

名鉄観光サービス(株)高松支店
〒760-0023 高松市寿町 1-4-3
TEL 087-822-1621
FAX 087-822-1628

No	ふりがな 氏 名	役 職	性 別	参加	昼食 弁当 (11/25)	宿 泊 (部屋・食事条件等)				備 考
						部屋タイプ	食事条件	煙草	同室者名 (ツインの場合)	
例	かがわ はなこ 香川 花子	施設長	女	○	○	シングル・ツイン	朝食・夕朝食	禁煙・喫煙	—	
1						シングル・ツイン	朝食・夕朝食	禁煙・喫煙		
2						シングル・ツイン	朝食・夕朝食	禁煙・喫煙		
3						シングル・ツイン	朝食・夕朝食	禁煙・喫煙		
4						シングル・ツイン	朝食・夕朝食	禁煙・喫煙		
5						シングル・ツイン	朝食・夕朝食	禁煙・喫煙		

※ 宿泊の申込みには、部屋タイプ及び希望食事条件等を選択下さい。ツインルームご希望の方は同室者名も必ずご記入下さい。

※ 禁煙ルームのご希望が多数の場合は、消臭対応となる場合がございます。

※ 変更や取消の際は、この申込書に訂正のうえ、FAXにて名鉄観光までお送り下さい。

申込締切:11月8日(火)

申込書お送り先:名鉄観光サービス(株)高松支店 〒760-0023 高松市寿町 1-4-3 高松中央通りビル3階

FAX 087-822-1628