

平成29年度 全特連・発達障害教育セミナー（夏期研修会）参加申込書

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|------------|--|-------------|--|------------|-------|------|
| (フリガナ) | | | 所 | 属 | | | | |
| 氏 名 | | | 職 | 名 | | | | |
| 勤務先所在地・電話 | 〒 | | | | TEL | FAX | | |
| 自宅住所・電話 | 〒 | | | | TEL | 携帯 | | |
| メールアドレス | @ | | セミナー参加回数 | | | 回 | 領 収 書 | 要・不要 |
| 参加会場 (希望に○) | 千葉会場 () | | 奈良会場 () | | 大分会場 () | | | |
| 1 研修費 ※1日あたり¥4,000 (希望日に○) | 8/7 () | 8/8 () | 8/9 () | 8/10 () | 8/8 () | 8/9 () | | |
| 2 懇親会費 (希望に○) | 参加(する しない) ¥6,500 | | 参加(する しない) ¥5,000 | | 参加(する しない) ¥7,000 | | | |
| | ※千葉県公立学校共済組合員は 1,500円の割引が受けられます。 組合員番号をご記入ください→() | | | | ※大分県公立学校共済組合員は 2,000円の割引が受けられます。 | | | |
| 3 合計金額 (上記1・2の合計) | ¥ | | ¥ | | ¥ | | | |
| 4 昼食予約 (希望日に○) | 8/7 () | 8/8 () | 8/9 () | 8/10 () | 8/8 () | 8/9 () | | |
| | 各日1,200円。お支払いは会場で。 | | 各日800円。お支払いは会場で。 | | | | | |
| 5 振込先 ※通信欄に、振込の内訳 をご記入下さい。 | 郵便振替 ・口座番号 00150-5-265090 ・口座名称 セミナー千葉 | | 郵便振替 ・口座番号 00970-0-235987 ・口座名称 セミナー奈良 | | 郵便振替 ・口座番号 01740-5-144718 ・口座名称 セミナー大分 | | | |

本申し込み書は開催1週間前までに、参加希望の次の事務局にFAXしてください。締切日以降の申し込みは承れない場合がございます。締切日を厳守され、お送りください。

○千葉会場 043-259-0444 ○奈良会場 0742-45-4821 ○大分会場 097-582-0291