

第58回日本カトリック看護協会全国大会 申込要領・参加申込書

ふりがな				性別	男・女・Fr・Sr	
氏名				カト看支部名 or 所属団体		
連絡先	現住所					
	連絡先	TEL			FAX	
	携帯番号	TEL				

1. 大会参加申込

	全国大会27日～28日	懇親会 10/27	お弁当 10/28	資料館見学	墓参
※○・×をご入力下さい	10,000円	6,000円	1,000円	無料	無料

2. 宿泊の申込

宿泊日	10/25 (水)		10/26 (木)		10/27 (金)	
	禁煙	喫煙	禁煙	喫煙	禁煙	喫煙
※○・×をご入力下さい	8,500円		8,500円		8,500円	

申込先 : 株式会社 御殿場旅行 ※下記参照

申込締切 : 平成29年9月30日(土) 必着

参加費 : 大会 10,000円、懇親会費 6,000円、お弁当 1,000円
宿泊料 1泊朝食付き 8,500円

宿泊先 : 御殿場高原ホテル

静岡県御殿場市神山719番地 TEL 0550-87-1414

送金先 : 振込先 : 沼津信用金庫 御殿場中央支店

普通預金 No.0120144

口座名 株式会社 御殿場旅行

★ 10月10日(火)までにお振込みください。

★ 振込依頼書の領収印をもって領収証の代わりとさせていただきます。

★ 振込手数料は各自ご負担ください

★ 一度お振込みいただいた参加費の返金はいたしませんのでご注意ください。

備考 : 株式会社御殿場旅行にて、会場ホテルの宿泊申込を受け付けます。

ご希望の方はこの参加申込書にて、御殿場旅行へFAX又はメールで申してください。

<p>【連絡先】 日本カトリック看護協会 横浜支部大会事務局・会計 平田初枝 E-mail : joanna.de.arc@nifty.com TEL : 090-4677-5111</p>
<p>【お問い合わせ・お申込み先】 株式会社 御殿場旅行 担当者 三宅計代(かずよ) 長田美穂 〒412-0042 静岡県御殿場市萩原645-6 TEL : 0550-84-8383 ※電話問い合わせ受付時間 10:00～18:00(月～土) FAX : 0550-84-5888 ※日・祝日は休業日ですので、取消・変更の際はご注意ください。 E-mail : gotembaryoko@rose.plala.or.jp</p>