わかくさ保育園 事務局　宛（FAX 06‐６６３３‐２９７０）

受付 №

**第25回 全国地域福祉施設研修会 参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■参加申込 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〇団体・施設申込 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 施設・団体名 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | 所在地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
|  | 電話番号 | | |  | | | FAX | | |  | | | | | |
|  | E-Mail | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | 担当者氏名 | | |  | | | 職種 | | |  | | | | | |
|  | 視聴端末数 | | | ※団体・施設申込の場合、最大５つの端末での視聴が可能です。  　使用される端末数を教えてください。　　　　　　（　　　　　）端末 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〇個人・一般申込（視聴は１端末にてお願いします。） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 氏　名 | | |  | | | 職種 | | |  | | | | | |
|  | 所　属 | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | 住　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
|  | E-Mail | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | 電話番号 | | |  | | | FAX | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ■参加費用　（　）に○印をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〇 | 施設・団体申込 | | | | 10,000 円 | | | （　　） | | |  | 合　計 | | |
|  | 〇 | 個人・一般申込 | | | | 2,000 円 | | | （　　） | | |  | 円 | |  |
|  | 〇 | 学生申込 | | | | 0 円 | | | （　　） | | |  |
|  |  |  |  | | | | | |  | |
|  |  |  | 参加費振込先  郵便振替 口座番号　００９９０‐８‐１３５４５３  　　　　 　加入者名　日本地域福祉施設協議会 | | | | | | | |
|  |  |  | ※同封の振込用紙をご利用下さい。 | | | | |  | | |
|  |  |  | ※学生以外の申し込みは、口座に研修参加費をお振込いただき次第、申込み完了とさせていただきます。（今回、300人の定員を設けさせていただいています。申込受付順ではなく、研修参加費を振り込んでいただいた順にカウントさせていただきますので、あらかじめご了承ください。） | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | ※振込手数料はご負担いただきますようよろしくお願いします。 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | | | |
| □お問合わせ先 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 大阪市地域福祉施設協議会　事務局　わかくさ保育園内　（担当：蕨川） | | | | | | | | | | | |
|  |  | 〒557‐0004 大阪市西成区萩之茶屋2‐9‐2 | | | | | |  | | | | | |
|  |  | TEL　06－6633－2965 | | | FAX　06－6633－2970 | | | | | | | | |