

# FAX送り先：097-538-1487

郵送先：〒870-0034 大分県大分市都町1丁目1番19号 あいおいニッセイ同和損保大分ビル2階 ☎097-538-1091

## 第26回 全国中途失聴者・難聴者福祉大会 in おんせん県 おおいた

# 【参加申込書】

※いづれかに○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
ふりがな				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)		
					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				FAX		
	携帯メール						
ふりがな				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	分科会		
	第二希望	第1	第2	第3	分科会		

★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		4,500円	円	4,500円	円		
クラウドファンディング(5/9~6/30) 参加費免除コースへお申込みの方		0円	円	0円	円		
10月15日(土)	懇親会費	8,000円	円	8,000円	円		
10月17日(月)	1日観光旅費	10,000円	円	10,000円	円		
		①小計	円	②小計	円		
希望ホテル	ホテル記号	部屋タイプ		③宿泊費計 宿泊代金×泊数	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	10月14日(金)		
第二希望				円	10月15日(土)		
同室者名	*同伴者と2名シングル希望はシングルルーム2ルームと記入ください					10月16日(日)	
	*ツイン希望の方は同室者のお名前を記入ください						
通信欄						合計金額(①+②+③)	
車椅子・盲ろう・弱視・その他( )						※③は第一希望で計算	
						円	

**【注意事項】**

- ・太枠内は必須事項です。漏れの無いようご記入ください。
- ・お申込後1週間以内に返信がない場合は、お手数ですがお問い合わせください。
- ・複数の申込みがある場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。

※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。