

FAX申込先：075-341-1878

第30回全国中途失聴者・難聴者福祉大会in京都 【参加申込書（会場参加用）】

YouTube視聴をご希望の方は、別紙【YouTube視聴用】専用申込書をご利用ください。
別紙旅行条件書をご確認の上、お申込ください。

※旅行手配のために必要な範囲内での運送・宿泊機関・保険会社等への個人情報の提供に

ついて同意のうえ、本旅行に申し込みます。

※いずれかに○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		
フリガナ							聴覚障害			
申込者氏名 (代表者)							有・無			
住 所	(〒 -)					情報保障手段(○印記入)※複数回答可				
参加証 送付先						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					TEL				
	携帯メール					FAX				
参加者氏名, 年齢, 性別を①②③にご記入下さい。 (代表者の方も参加の場合は必ず下記へご記入ください) ↓				参加コース A-①、A-②、 A-③、B等 番号を記載	分科会【第1・第2・第3・第4】 第1希望 第2希望 第3希望			懇 親 会	お 弁 当	バ ス 旅 行
①	フリガナ					希望番号を記載			○をつける	
②	フリガナ									
③	フリガナ									

希望ホテル	ホテル番号	部屋タイプ		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16日(金)	
第二希望				円	10月17日(土)	
同室者名	* 同伴者と2名シングルの希望は、 シングルルーム2ルームと記入ください				10月18日(日)	
	* ツイン希望の方は同室者のお名前を記入ください →				同室者名：	
通信欄						
車椅子・盲ろう・弱視・その他 ()						

※ご希望の宿泊ホテルを承りますが、ご希望にお応えできない場合がございますので、予めご了承ください。

※申込み人数が上記欄で不足の場合は、本誌をコピーのうえご利用をお願いいたします。

※お申込後、1週間以内に返信がない場合は、お手数ですがお問合せください。

【お申込み・お問合せ先】 東武トップツアーズ株式会社 京都支店 担当：石田・武本 〒600-8107 京都市下京区五条通新町東入る東鋸屋町1 8 6 ヤサカ五条ビル9階 TEL：050-9001-8771 FAX：075-341-1878	確かに受領致しました	
	A	
	2026年	月 日

※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。