

新規・変更・取消
(いずれか○で囲んで下さい。)

第62全国学校保健研究大会(熊本大会) 参加・宿泊等申込書

受付No
平成24年 月 日

Table with 4 main sections: 申込担当者, 都道府県名, 勤務先・所属, 連絡先 (書類送付先). Includes sub-sections for TEL and FAX.

Main application table with columns: No, フリガナ, 氏名, 性別, 年齢, 職名, 所属名, 全体会, 課題別研究協議会, 宿泊ホテル (第1希望, 第2希望), 希望ルームタイプ, 宿泊申込(宿泊日に○) (11/7, 11/8, 11/9), 11月8日 弁当, 視察申込コース, 合計金額.

【記入上の注意】 締切日 8月24日(金) ★お弁当(@800円)は大会会場(市民会館崇城大学ホール)にてお引換え致します

- 1. 職名欄につきましては、() のように記入して下さい。
学校医(学医) 学校歯科医(学歯) 学校薬剤師(学師) 指導主事(指主) 教育委員会職員(教委)
保健主事(保主) 養護教諭(養教) 校長(校長) 教頭(教頭) その他の教職員(教員)
学校保健会職員(保職) 常勤以外の職名については、省略せずそのまま記入して下さい。
2. 所属名欄については、公立学校は〇〇市立△△小学校として下さい。
3. 全体会議については、参加する場合は○を記入して下さい。
4. 課題別研究協議会欄には、参加を希望する課題番号を記入して下さい。
5. 申込欄が足りない場合は、コピーをしてご利用下さい。※必ずお手元に控えをお取り下さい。

※E-mail または FAXにてお申込下さい
E-mail info@k-team.jp
FAX 096-384-8966
TEL 096-384-8585 (株)TEAM

【返金口座】返金が発生した場合の取扱口座となりますので、必ずご記入下さい。
銀行名:
支店名:
種別:
口座番号:
口座名義(カナ):
※備考欄
ツイン部屋を希望の場合の同室者やご要望について記入

【お車でご来場される方】 駐車場管理の参考としたい為、お車でお越しになる場合は、台数をご記入願います。
() 台