

平成30年度全国学校保健・安全研究大会〈参加申込書〉

(新規・変更・取消) ○で囲んで下さい

申込締切日 : 平成30年9月5日(水)

★送信先 FAX 092-751-4098

※6名以上の場合は、申込書をコピーしてご使用下さい。

※旅行手配等の為に必要な範囲内での運送・宿泊機関等その他への個人データの提供について同意の上、以下の旅行に申し込みます。

申込日	平成 年 月 日	都道府県
所属名	ご連絡担当者名	
	電話番号	
住所 〒	緊急連絡先	
	FAX 番号	
(自宅 ・ 学校) ○で囲んで下さい		

No	フリガナ		性別	年齢	職名	平成30年度全国学校保健・安全研究大会											ツイン同室希望の方のお名前をご記入ください
	参加者氏名	10月26日(金) 課題別研究協議				大会参加費	10月27日(土) 視察旅行			宿泊		お弁当	シャトルバス				
		午前 (2.4.5.6.9から 1つお選び下さい)					午後 (1.3.7.8.10から 1つお選び下さい)	A	B	C	要項のホテルからご希望のホテルを選び、記号をご記入下さい。		ホテル 第二希望	禁煙・喫煙 (確約不可)	10/26	10/25	
例	カゴシマ タロウ 鹿児島 太郎	2	3	○	8,000円	10,000円	10,000円	10/24	10/25	B	禁煙・喫煙	○	○	○	カゴシマ ジロウ 鹿児島 次郎		
例	カゴシマ ジロウ 鹿児島 次郎	4	7	○		○		A-2	A-2	B	禁煙・喫煙	○	×	×	カゴシマ タロウ 鹿児島 太郎		
1											禁煙・喫煙						
2											禁煙・喫煙						
3											禁煙・喫煙						
4											禁煙・喫煙						
5											禁煙・喫煙						

【記入上の注意】
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(学薬) 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)
 副校長(副長) 教頭(教頭) その他の教職員(教員) 学校保健会職員
 (学保), 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。

【備考欄】

<宿泊のお問い合わせ・変更・取消連絡>
 JTB 九州MICEセンター
 「平成30年度全国学校保健・安全研究大会」係
 〒810-0072 福岡市中央区長浜 1-1-35 新KBCビル5F
 TEL:092-751-2102 FAX:092-751-4098
 営業時間 09:30~17:30(土・日・祝日休み)