

## [セミナー参加申込みのご案内]

**セミナー参加費 お一人様3,000円**（両日参加、一日参加とも）

参加ご希望の方は、添付の参加申込書に必要事項を記入のうえ、平成29年10月13日（金）までに日向市社会福祉協議会へFAXにてお申込みください。受付は先着順に行い、定員に達し次第受付を締切らせていただきます。

FAXでのお申込み受付後、事務局より参加費の請求に係る依頼及び参加券を送付いたします。

### [参加申込にあたって]

- ◇参加申込に伴う個人情報は、本セミナーの実施に関する目的以外には使用しません。
- ◇申込内容に変更がある場合には、FAX送信した参加申込書に変更箇所が判るように訂正し、日向市社会福祉協議会に再度FAX送信をお願いいたします。
- ◇団体でのお申し込みの場合は、一括での請求・送付となりますのでご了承ください。
- ◇参加費等については事前振込でお願いします。振込手数料はご負担ください。
- ◇希望する分科会番号を第2希望までご記入ください。ただし、会場の都合上、希望の分科会が多数の場合は、他の分科会をご案内させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください

### [宿泊等について]

お手数をおかけしますが、宿泊の手配及び問合せは各自でお願いいたします。

※宿泊施設の情報は事務局にてサポートさせていただきます。

#### [周辺の宿泊施設] ※参考までに…

名 称	住 所	連絡先
ホテルベルフォート日向	日向市上町 7-3	0982-52-0001
日向第一ホテル	日向市本町 11-5	0982-52-8151
ホテルメリッサ日向	日向市上町 17-7	0982-55-8181
ホテル ルミエール日向	日向市本町 11-1	0982-55-1222
ニューホテルはやた	日向市新生町 1 丁目 99 番地	0982-53-6000
HOTEL AZ 宮崎北日向店	日向市日知屋 14819-16	0982-54-1800
HOTEL AZ 宮崎南日向店	日向市大字平岩 8491	0982-50-3301

※施設の詳細は、お手数ですが施設のホームページ等でご確認をお願いします。

### [アクセス]

セミナー会場までの所要時間

[高速道路] 東九州自動車道日向インターチェンジ下車 車約 10 分

[JR利用] JR九州日豊本線日向市駅下車 徒歩約 10 分

[宮崎空港] 宮崎空港⇨日向市駅（特急 60 分）⇨日向市駅下車 徒歩約 10 分

# 第5回地域福祉実践研究九州セミナー 参加申込書

申込書送信先  
FAX 0982-52-9562

申 込 日	月 日	<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 内容変更	申込締切日10月13日(金)
-------	-----	---	----------------

団 体 名			申込責任者氏名
所 在 地	〒 -		
※参加券等送付先			
連 絡 先	TEL	FAX	
	メールアドレス		
交 通 手 段	来場時の利用交通機関 注)貸切バスでのお越しの場合は必ず事前にお申し出ください		
	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 貸切バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他( )		
備 考 欄	※1 貸切バス利用の場合の車種・台数・乗車予定認数		※2 自家用車の場合
	<input type="checkbox"/> 小型(マイクロ) <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 大型( 人乗り) 台数( 台) / 乗車予定認数( 名)		台数( 台)

No.	参加者氏名	希望分科会	情報交換会 (3,500円)	備 考
1	フリガナ	第1希望	<input type="checkbox"/> 参 加	
	<input type="checkbox"/> 男			
役職名	<input type="checkbox"/> 女			
2	フリガナ	第1希望	<input type="checkbox"/> 参 加	
	<input type="checkbox"/> 男			第2希望
役職名	<input type="checkbox"/> 女			
3	フリガナ	第1希望	<input type="checkbox"/> 参 加	
	<input type="checkbox"/> 男			第2希望
役職名	<input type="checkbox"/> 女			
4	フリガナ	第1希望	<input type="checkbox"/> 参 加	
	<input type="checkbox"/> 男			第2希望
役職名	<input type="checkbox"/> 女			

※手話通訳・車イス補助等が必要な方は、お手数ですが備考欄にご記入ください。  
 ※用紙が足りない場合はお手数ですがコピーのうえご使用ください。  
 ※変更が生じた場合は、変更箇所がわかるよう訂正のうえ、再度ご送信ください。

[事務局記入欄]

受付No.	特記事項

[申込に関するお問い合わせ先]

社会福祉法人日向市社会福祉協議会  
担当:総務課 穴谷修志 高木浩美

TEL (0982) 52-2572