第４５回全国事業者大会　参加申込書（ＦＡＸ）

協会名　　霊柩自動車協会

会社名

フリガナ
氏名　　（　　才）　役職

フリガナ
氏名　　（　　才）　役職

フリガナ
氏名　　（　　才）　役職

※懇親視察旅行にご参加の方は、旅行保険加入の都合上、年齢のご記入をお願い申し上げます。

参加者　男性　　名、女性　　名、計　　名（うち同伴　　組）

● **参加行程**

⑴　講演会・大会のみ　　名×@＝　　円
⑵　講演会・大会・懇親会　　名×@＝　　円
※　ご同伴者（奥様に限る）　　－　　円
⑶　宿泊　ホテルメトロポリタン山形
２名で１部屋利用（同伴等）喫煙室・禁煙室 希望　　名×@＝　　円
１名で１部屋利用　　喫煙室・禁煙室 希望　　名×@＝　　円
※　喫煙室（数に限りがあります）・禁煙室希望に○をお付けください。
⑷　懇親視察旅行
２名で１部屋利用（同伴等）喫煙室・禁煙室 希望　　名×@＝　　円
１名で１部屋利用　　喫煙室・禁煙室 希望　　名×@＝　　円
⑸　懇親ゴルフ　　名×@＝　　円

参加費合計　　円

＜宿泊先ご記入のお願い＞

今回の第４５回全国事業者大会にご参加いただき、山形県内にご宿泊される方には、山形コンベンションより大会開催助成金が支給されことなっております。

（なお、大会開催助成金は、大会開催費に充当させていただき、参加費の軽減を図ることといたしますので、ご了承をお願いいたします。）

協会事務局へ宿泊の申込をされずに、個々に宿泊予約をされた方は、宿泊先を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

宿泊予定のホテル名

その他ご希望事項・連絡事項

※５月２０日（金）までのお申し込みをお願い申し上げます。

ＦＡＸ送信日　　月　　日　記入者　　TEL

一般社団法人全国霊柩自動車協会事務局あて
ＦＡＸ番号　０３－３３５７－７３７４