

# 第19回全国抑制廃止研究会東京大会 申込書

FAX : 042-843-1701

申込記入日 平成 年 月 日

都道府県		ふりがな	
施設名		連絡担当者名	
住所 (書類送付先)	〒		
TEL(連絡先)		FAX	

**【申込み先】**

NPO 全国抑制廃止研究会事務局  
 〒191-0062  
 東京都日野市多摩平 3-1-17(多摩平の森の病院内)  
 TEL:042-843-1777 FAX:042-843-1701  
 担当: 松岡、細川、細井

No.	フリガナ	年齢	性別	大会参加 (全国抑制廃止研究会の会員の 方は左側に○をつけてください)		選択プログラム		事務局処理欄
	参加者氏名			会員 3,000 円	非会員 5,000 円	第1希望	第2希望	
例	トウキョウ タロウ 東京 太郎	36	男	○		2	4	
1								
2								
3								
4								
5								

—申込み締め切り—  
**2月2日(金)到着分まで**  
 ただし定員に達し次第締め  
 切りとさせていただきます。

※お申し込みを受け付けましたら、代表者の方  
 方に人数分の受講票と請求書をお送りさせて  
 いただきます。

メールでお申込みいただくこともできます。詳しくは裏面をご覧ください。

受付番号 \_\_\_\_\_

メールでお申し込みをする場合は、NPO 全国抑制廃止研究会のホームページ (<http://yokuseihaishi.org/>) にアクセスしていただき、メニューの「相談・大会申し込み」から以下の要領で  
ご記入し、送信してください。

相談・大会申し込み

相談・大会申し込み

以下フォームに必要事項をご記入願います。  
大会申し込みはお手元の開催案内の記入方法・記入例に従ってご記入ください。  
\*入力必須項目について、ご記入漏れのないようお願いいたします。

お名前\* 山田 太郎

ふりがな やまだ たろう

ラベル 郵便番号: 192-0151  
都道府県: 東京都  
市区町村: 八王子市  
番地建物: 上川町785番地

メールアドレス\* yokusei@kamikawa-hospital.com  
yokusei@kamikawa-hospital.com  
※確認のためもう一度入力してください

内容\* 施設名: ○△病院 TEL:042-654-0000  
①山田太郎 (やまだたろう) 35歳・男 会員 第一希望2、第二希望3  
②佐藤一郎 (さとういちろう) 28歳・男 非会員 第一希望4、第二希望1  
③鈴木花子 (すずきはなこ) 23歳・女 非会員 第一希望4、第二希望1  
以上、3名

代表者(連絡担当者)の方のお名前とふりがなをご記入ください。

施設の住所、もしくは代表者の方の住所をご記入ください。受講票が送付される住所となりますので正確にご記入ください。

ご連絡の取れるメールアドレスをご記入ください。

施設名(住所が施設でない場合は必要ありません)、電話番号  
参加者の氏名(ふりがな)、年齢・性別、選択プログラムの第一希望、第二希望をお一人ずつご記入ください。  
最後にお申込みの合計人数をご記入ください。