

11月7日(水)～11月8日(木)開催

～介護報酬改定対応～ 新生活行為向上リハビリテーション研修会

【大阪会場】

参加申し込み 変更等連絡票

変更等連絡日： 年 月 日

参加申込者名： _____

現在の参加形態： (2日間コース ・ 1日コース)

所 属： _____

事務連絡者名： _____

TEL： _____

FAX： _____

送付先：東武トップツアーズ株式会社 東京国際事業部 宛

FAX 番号：03-5348-3799

内容	申し込み時の内容		変更後の内容
参加の申し込みについて (キャンセル・コース変更等)			
宿泊の申し込みについて			
昼食の申し込みについて			
その他(変更・修正等)			

旅行会社記入欄 (お申込み後3営業日以内に、下記いずれかの口に✓を入れ、当用紙をFAX返信
させていただきます)

- 上記、頂いた内容で変更を承りました。
- 参加等全ての申込を取り消し致しました。
- 取消料がかかりますので、別途ご案内申し上げます。

受付日