

平成 27 年 5 月 20 日

千葉知施連支部長・保護者会長 各位

千葉知施連会長 奥澤 時宗

「第 11 回全施連全国大会 in 神奈川」のご案内及び参加者募集について

いつも連合会にご協力を頂きありがとうございます。

さて、平成 27 年度全施連全国大会は本年 10 月 20 日（火）・21 日（水）の 2 日間、別紙開催要綱のとおり神奈川県横浜市で開催されます。

つきましては、下記の通り参加希望の方を募集いたしますので各支部より 1 名は必ず参加していただきたくお願いいたします。今回は大会参加費及び交通費を連合会で負担いたします。

記

1. 参加申し込みは添付（同封）の用紙で支部（家族会）名、参加者名、電話番号等連絡先を記載の上、2 の送付先へお願いいたします。大会参加は連合会で一括申し込みします。

2. 参加申込書締め切り日・FAX 送付先

6 月 30 日（火）午後 4 時必着

送付先 FAX 番号：0439-27-0360 山田温道副会長宛

問合せ先 TEL 山田：0439-65-0540 奥澤：0476-46-3495

注）同封宿泊申込書の送付先（名鉄観光サービス）には送らないでください。

3. 参加費用について

千葉知施連からの補助：大会参加費及び交通費として一人 10,000 円（2 日間で）を支給する。

自己負担：交流会参加費（7,000 円）、宿泊費（約 10,000 円、宿泊ホテルにより異なる）は自己負担となります。

宿泊希望者は添付（同封）の宿泊申込書に必要事項を記入の上、名鉄観光サービス(株)横浜支店へ直接申込みをお願いいたします。

なお、ご自分で別のホテルを予約いただいても構いません。

4. 送金先：自己負担のうち交流会参加費（7,000 円）を次の銀行口座に送金して下さい。

振込手数料はご負担願います。

千葉銀行 津田沼駅前支店

口座番号（普通） 3730297

口座名義 千葉県知的障害者支援施設家族会連合会

なお、振込人は必ず家族会名（保護者会）が分かるように記入のこと。

以上