

第23回全国聴覚言語障害者福祉研究交流集会in大阪 申込書

※該当する欄に、○及び必要事項をご記入ください。

ふりがな		男性		区 分	必要な援助内容
氏 名		女性		聴覚障害者	手話通訳
				健聴者	要約筆記
				ろう重複障害者	磁気ループ
住 所	〒			重複する障害	その他
TEL			FAX		
平日昼間の連絡先 (TEL・FAX・E-mail)					

所 属 機 関	職 種	役 職 名
() 聴障団体関係・ () 手話関係者・ () 施設関係者・ () 家族関係者・ () 学生・その他 ()		

※入門講座または分科会 (第1・第2希望) のどちらかを選び○でご記入ください。

入門講座及び実践交流会 (分科会・分散会)				第1希望	第2希望	
入 門 講 座						
分 科 会	第1	労働と発達を考える				
	第2	心とからだの健康づくり	分散会1	こころの健康		
			分散会2	からだの健康		
	第3	コミュニケーション保障と集団づくり				
	第4	高齢聴覚障害者介護を考える				
	第5	地域生活を考える	分散会1	高齢聴覚障害者の暮らしを地域で支える		
			分散会2	重複聴覚障害者の暮らしを地域で支える		
	第6	家族の願いと家族会				
第7	福祉実践と福祉制度のあり方					
第8	聴覚障害児の発達を考える					

参加諸費用

参加費	5,000 円
学生参加費	3,000 円
17日 昼食代	1,000 円
なかまのつどい	※別紙合計額を記入 円
合 計	円

※該当する欄に○をつけてください

一般		要員
司会者		実行委員

※申込書を事務局までご返ください

FAX 072-959-2632

E-mail houjin@daichofuku.or.jp

※参加諸費用を郵便振替にてご入金ください。

ゆうちょ銀行

口座番号 00950-0-334195

他行からの振込

店名 ○九九 (ゼロキユウキユウ店)

種目 当座

口座番号 0334195

加入者名：全聴福研大阪大会

事務局使用欄 (処理日・印)	
番号	受付
入力	受領

※お申込みにあたり、ご提出いただいた個人情報等は、適正な範囲で使用させていただきます。