

参加申込書

(FAX. 03-3411-0185 ・ Mail: deafblind@kankakuki.jp)

必要事項をご記入のうえ、メール FAX にてご返送ください。
(該当なしは空欄で結構です) 申込日: 月 日

1)氏名	ふりがな
2)連絡先	TEL 又は FAX: メールアドレス :
	※配布資料をご希望の方はパソコンで受信できるアドレスをお願いします
3)ご所属 ○をお付けください (複数選択可)	1. 医療機関(機関名:) 2. 福祉関連施設(施設名:) 3. 教育関連施設(施設名:) 4. 盲ろう支援団体 →団体名:() 5. 盲ろう当事者家族 6. 通訳・介助員(ご担当有) →ご担当の盲ろう者のお名前 :() 7. 通訳・介助員(ご担当なし、個人参加) 8. その他()
4)参加方法	現地参加 ・ Zoom 参加 ・ 未定
5)参加人数	申込者様を含めた参加人数をご記入ください(Zoom の場合は1つのアカウントから参加される方の人数)。 人

6)資料	【情報保障が必要な方】 情報保障のための資料をご用意しております。 手渡し以外は事前にお届けいたします。 ご希望の形式・受取方法をお知らせください。
	1. 形式 普通文字 ・ 拡大文字 ・ 点字 ・ テキストデータ(メールのみ) 2. 受取方法 会場手渡し(現地参加のみ) ・ 郵送 ・ メール

以下、該当のある方のみご回答ください。

7)障害種別	全盲ろう・弱視ろう・弱視難聴・全盲難聴 視覚障害・聴覚障害・障害なし その他の障害()
8)情報保障	全体手話通訳 ・ PC 要約筆記
9)移動	【現地参加の方】 ●盲導犬の同伴：有 ・ 無 ●車いすの利用：有 ・ 無 ※会場での貸出しはありません

Web 申込はこちら→→→

