

盲ろう児者支援公開講座 参加申込書

FAX:03-3411-0185 メール:215-deafblind@mail.hosp.go.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(ご担当あり) →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. 一般・その他 (_____)	
4)形式	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

