

第9回全国聴覚言語障害者福祉研究交流集会 参加申込書

該当区分にご記入下さい	
<input type="checkbox"/>	一般参加
<input type="checkbox"/>	司会者
<input type="checkbox"/>	要員参加
<input type="checkbox"/>	実行委員

該当する欄に、及び必要事項をご記入ください。

ふりがな		性別		区分	必要な援助内容
氏名		男性		聴覚障害者	手話通訳
				健聴者	要約筆記
		女性		ろう重複障害者	磁気ループ
				重複する障害()	その他特記事項
住所	〒				
					平日昼間の連絡先 電話
電話番号		FAX			FAX

所属機関	所属先(団体・勤務先等)	職種		役職名
聴障団体関係		指導員	看護婦	その他の職種
手話関係		栄養士	調理員	
家族関係		通訳者	相談員	
施設関係		ヘルパー	教員	
関係機関		医師	S W	
その他		ケアマネージャー		

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	障害の実態と施設実践	分散会1 共通のこぼ 集団づくり・生活づくり		
			分散会2 障害実態に応じた労働と発達保障		
	第2	障害実態と福祉制度のあり方			
	第3	生命と健康を考える			
	第4	心の健康を考える			
	第5	豊かな暮らしを築くために	分散会1	高齢聴覚障害者の地域生活を支える	
			分散会2	重複聴覚障害者の地域生活を支える	
第6	ホームヘルパーの実践				
第7	家族の実践				

参加諸費用

	参加資料代	5,000円	
	第8回報告集	1,000円	
4日	前泊料	シングル 7,665円	
		ツイン 7,035円	
		トリプル 6,090円	
5日	交流会費	5,000円	
		宿泊料	シングル 7,665円
			ツイン 7,035円
	(当日)	トリプル 6,090円	
6日	昼食代	1,000円	
	介助保育の申込	別紙合計額を記入 円	
	同宿希望者名		
	合計	円	

事務局使用欄(処理日・印)	受付
番号	
入力	受領

申込書を事務局までご送信ください。
 FAX:049-295-9322
 e-mail:kouenkai@donguri.or.jp
 参加諸費用を郵便振替にてご入金ください。
 口座番号:00150-4-28199
 加入者名:全聴福研