

第9回全国聴覚言語障害者福祉研究交流集会 ろう盲者参加申込書

該当する欄に、及び必要事項をご記入ください。

ふりがな		性別	区分	資料の種類	必要な援助
氏名		男性	弱視	点字	触読手話通訳
		女性	全盲	墨字 拡大文字	対面通訳
住所	〒			電話	
				FAX	

所属機関	所属団体・施設名等	役職名
聴障団体関係		
友の会関係		
施設関係		
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	障害の実態と施設実践	分散会1	共通のことば・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					

同行される介助者の氏名	通訳の可否	実行委員会では通訳のみを配置します。それ以外の介助(ガイドヘルパーなど)の必要な方は、各自でご手配くださるようお願いいたします。 同行される介助者も、別途参加申込が必要です。
	可 否	
参加日時(援助が必要な時間帯)	5日(土) : ~ : 6日(日) : ~ :	

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	
5日 宿泊料(当日)	シングル	7,665円
	ツイン	7,035円
	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