

第15国聴覚言語障害者福祉研究交流集会 介助・保育申込書

介助・保育対象者氏名		年齢	性別		申込者氏名	
ふりがな		歳	男	女	ふりがな	
介助時間	19日(土)	:	~	:	20日(日)	:
障害の有無 重複する障害	有 無					
コミュニケーション手段	手話・身振り・指差し・口話・筆談・絵 その他:					
薬の有無 服用時の留意点	有 無					
趣味・好みの遊び等						
おやつ好き嫌い						
対応上の留意点 その他特記事項						

介助保育所費用

19日	介助・保育	1,000円	
20日	介助・保育	1,000円	
	昼食代	1,000円	
保護者氏名		合計	

ご案内

○介助・保育時間

19日(土) 12:00~19:00

20日(日) 9:00~17:00

- ろう重複児・者介助の年齢制限はありません。
- 幼児保育の対象年齢は、3歳以上小学校入学前です。
- 当日の介助・保育申込みはできません。
- 昼食介助はありません。ご家族と一緒にお願いします。
- 申込み、入金締切は9月30日(金)です。
下記払込取扱票を参考に振り込んでください。
- 入金後のキャンセルは、返金できません。ご了承ください。

事務局使用欄

受付	番号	受領	入力

払込取扱票 記入例

払込取扱票

口座番号 00930 5 226772

加入者 全国聴覚言語障害者福祉研究交流集

金額 10,000円

料金 1,000円

備考

通信欄

住所 〇〇県△△市××町1-1

おなまえ 聴言 太郎

電話番号 000-000-0000

振替払込請求書兼受領証

口座番号 00930 5 226772

加入者 全国聴覚言語障害者福祉研究交流集

金額

一依頼人

000-0000
〇〇県△△市××町1-1
(施設・団体名を記入)
聴言 太郎
000-000-0000

料金

備考

ご依頼人欄について

- ※ 施設・団体名、申込み個人名の両方を必ずご記入ください。
- ※ 2名以上でまとめて払い込む場合、別紙にて参加者名簿及び振込額の内訳をFAXしてください。

連絡先

京都市聴覚言語障害センター気付
第15回全国聴覚言語障害者福祉
研究交流集会事務局
電話 075-841-8336
FAX 075-841-8311