

参加申込書

この申込書にご記入いただいた個人情報、厳密に管理し、
第15回全聴福研運営にあたり、名簿を作成する以外には、使用いたしません

一般参加	
司会者	
要員	
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		男性		区分		必要な援助内容	
氏名		女性		聴覚障害者		手話通訳	
				健聴者		要約筆記	
住所	〒			ろう重複障害者		磁気テープ	
TEL		FAX		重複する障害		その他特記事項	
平日昼間の連絡先 *上記と異なる場合はご記入ください。							
TEL		FAX					

所属機関	所属先名称(団体・勤務先等)	職 種		役職名	
聴障団体関係		支援員	看護師		
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	教員		その他の職種
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の第1希望と第2希望にそれぞれ○をご記入ください。

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	第一	労働と発達を考える				
	第二	心と体の健康づくり	分散会1	こころの健康		
			分散会2	からだの健康		
	第三	コミュニケーション保障と集団作り				
	第四	老いを支える	分散会1	施設での豊かなくらしをつくる		
			分散会2	より暮らしやすい制度をつくる		
	第五	地域生活を支える				
第六	家族の願いと家族会					
第七	福祉実践と福祉制度のあり方					

参加諸費用

参加費	5000 円
第14回報告集	1000 円
20日 昼食代	1000 円
介助・保育	※別紙合計額を記入 円
合計	円

事務局使用欄

番号	受付
入力	受領

申込書を事務局までご返送ください
京都市聴覚言語障害センター
FAX 075-841-8311

参加諸費用を郵便振替にてご入金ください
口座番号 00930-5-226772
加入者名 全国聴覚言語障害者福祉研究交流集会