

聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会2017

平成29年 7月29日(土)～30日(日) 於：ヒューマンぷらざ

申 込 書

平成 29 年 月 日

研修会に申し込みます【両日参加・29日のみ・30日のみ】※いずれかに○を付けて下さい

ふりがな			
名 前	所 属		
職 業	資 格		
連絡先 ※住所が職場の場合は、必ず施設名等を記入して下さい ※パソコンメールが受信可能なアドレスを記入して下さい ※予稿集の送付先が異なる方は通信欄に記入して下さい	住所 〒		
	TEL	FAX	
	メール		
情報保障・配慮希望欄 ※項目に○を付け、その他必要な配慮があればご記入下さい。	手話通訳 その他()	要約筆記	磁気テープ
【次回研修会の案内送付について】	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない		
【懇親会について】 研修会終了後、会場近くで懇親会を予定しています。参加者数把握のため、事前の申し込みにご協力下さい。会場や会費等の詳細は申し込まれた方に事前にお知らせします。(3,000円程度 当日キャンセル原則不可)	<input type="checkbox"/> 参加する ・ <input type="checkbox"/> 参加しない		
【通信欄】			

【 注 意 】

- ・会場は土足厳禁のため、一般参加の方は上履きを持参の上、手荷物は個人で管理して下さい。
- ・会場アリーナ席での飲食はご遠慮下さい。会場には昼食をおとりいただける場所がないため昼食はすませてお越し下さい。
- ・やむをえずキャンセルされる場合は連絡をお願いします。
- ・申し込み後、センターから返信がない場合はご一報下さい。

【振替払込請求書兼受領証コピー 貼付】
※本証は各自で保管して下さい

【事務局記入欄】

受付日： 月 日() 受付番号は です。