

聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会2019

2019年 7月27日(土)～28日(日) 於：ヒューマンぷらざ

申 込 書

2019年 月 日

研修会に申し込みます【両日参加 ・1日目のみ ・2日目のみ】※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	ヒアリンググループ)
【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】 27日研修会終了後に会場近くで懇親会を予定しています。【3000円程度・当日集金・事前申込制】 詳細は参加希望者にお知らせします。※当日キャンセル不可	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない		
【通信欄】	【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 ※複数名で振込む場合は全員の氏名を 記入してください		

【 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ください。
- ・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。

【事務局記入欄】

受付日： 月 日() 受付番号は です。