

聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会2016

平成28年 8月28日（日） 於：ヒューマンぷらざ

申 込 書

平成 28 年 月 日

ふりがな				所 属	
名 前					
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			
		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	要約筆記	磁気テープ	その他（ ）	
【次回研修会の案内送付について】				☐ 希望する ・ ☐ 希望しない	
【懇親会について】				☐ 参加希望 ・ ☐ 参加しない	
研修会終了後、会場近くで懇親会を予定しています。 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 ）					
【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。 昼食は指定の場所でお摂りいただき、ゴミはお持ち帰り下さい。 ・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。					
【事務局記入欄】 受付日： 月 日（ ） 受付番号は です。					