

第2回日本聴覚障害学生高等教育支援シンポジウム参加申込書

| | | | |
|--|-----------------|-----|-----|
| フリガナ 参加者氏名 | | | |
| 所属(勤務先、 学校名、団体名等) | 部課、学科等もご記入ください。 | | |
| 連絡先 | 〒 | | |
| TEL | | FAX | |
| E-mail | | | |
| 午前(10:00-12:00) で参加を希望する 分科会等 (をつけてください) | 基礎講座 | 分科会 | 分科会 |
| 聴覚障害の有無 | あり | ・ | なし |
| その他要望事項等 | | | |

下記問い合わせ先まで郵送または FAX にて送付してください。また、同様の内容を E-mail にて送信いただいてもかまいません。

問い合わせ先: 〒305-8520

茨城県つくば市天久保 4-3-15

筑波技術大学障害者高等教育研究支援センター

日本聴覚障害学生高等教育支援ネットワーク(PEPNet-Japan)事務局 白澤麻弓

TEL/FAX: 029-858-9429

E-mail shirasawa@a.tsukuba-tech.ac.jp