

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