

第 1 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(10:00-11:45) の分科会で参加を 希望する部会 (をつけてください)	1. 聴覚障害学生	2. 大学教職員	3. 情報保障者
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にてお送りいただくか、同様のフォーマットにてe-mailで送付してください。

問い合わせ先: 〒305-0005

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 支援交流室 聴覚系 WG 内

TEL/FAX: 029-858-9429 E-mail: shirasawa@a.tsukuba-tech.ac.jp

担 当: 白澤 麻弓 (筑波技術大学障害者高等教育研究支援センター)