

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) の懇談会で参加を 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

筑波技術短期大学障害者高等教育センター

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