全国盲ろう教育研究会第1７回研究協議会参加申込書

申込日　　2019　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）参加者氏名 | 　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所　　　属 |  |
| 住　　　所 | （勤務先等の場合、施設・部課名もご記入ください）＊行事保険加入手続の関係上、宿泊者は自宅住所をご記入ください。〒　　　−　　　　　　 |
| メールアドレス |  |
| 電　　　話 |  |
| Ｆ　Ａ　Ｘ |  |
| 宿舎（研修員宿泊棟）利用 | 　　　有　　　　　　　無 |
| 費　　　用＊該当する項目の金額を右欄にご記入ください。＊予約の関係上、返金はできませんので、ご容赦ください。＊お子様連れで参加される方は振込前ご連絡ください。 | 参加費　　　　　　　　　 （会員） ３０００円（どちらかに○をつけてください）　（会員外）４０００円 | 円 |
| 宿泊費（※懇親会費・2日目の朝・昼食を含む）　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　５７００円 | 円 |
| （宿泊されない方）懇親会費　　　　 ３０００円　　　　　　　　 昼食代　　　　　　　５５０円 | 円 |
| 合　　計 | 円 |
| 振込予定日 | 　　月　　日　　※参加申し込みをすませてからお振込ください。 |
| ポスターセッション発表希望 | 　・有（タイトル：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・無 |
| ２日目午後の分科会の希望（いずれかに○をつけてください） | 1. 盲ろう幼児児童生徒を初めて担当したあなたへ（教職員対象）

② 就学前の生活・支援③ 卒業後の生活を豊かに④ コミュニケーションについて⑤ 補聴器・人工内耳について |
| あなたが必要な情報保障 | 　・全体手話通訳　　・全体ＰＣ要約筆記　　　・点字資料 |
| 名簿掲載の可否 | 　当日、お名前・所属を記した名簿を配布致します。掲載の可否をお答えください。　　　　　　　　　・可　　　　　・否 |
| 運営への協力 |  研究協議会当日の運営および準備・後片付け等、ご協力いただける方は○をおつけください。　　　　・協力できます |
| 特記事項 | ①盲ろう児者の活動プログラムを希望される方は○をおつけ下さい　（　　１日目午後　　　２日目午前　　　２日目午後　　）　　②その他　　　 |

　※参加者は全員行事保険加入の手続きをとりますので、その際、住所・氏名を提出することをご了承ください。なお、提供いただいた情報は、本研究協議会の運営にのみ使用し、他用途での使用は致しません。また、管理取り扱いは確実に行いますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

 【申込先】ＦＡＸ：046-839-690８

　　　　　　 E-mail：mouroujimukyoku@gmail.com