年　　　月　　日

日本聴覚障害学生高等教育支援ネットワーク（PEPNet-Japan）

入会申請書（正会員大学・機関）

印

大学・機関名

代表者

|  |  |
| --- | --- |
| 入会を希望する大学・機関名（例：○○大学） |  |
| 所在地 |  |
| 担当部署 | 部署名 |  |
| 責任者職名／氏名 |  |
| 担当者（申請内容に関する担当） | 所属 |  |
| 職名／氏名 |  |
| 住所 | （大学・機関所在地と同じ場合は「同上」と記載） |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| e-mail |  |
| 聴覚障害学生支援に関する取り組み概要 |  |
| 支援体制の詳細（在籍している障害学生・聴覚障害学生の人数、支援内容、支援組織、重点的に取り組んでいる事柄など） |
|  |