第15回日本聴覚障害学生高等教育支援シンポジウム

教職員による聴覚障害学生支援実践発表2019　参加申込書

裏面もご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 所属 |  | | |
| ※部課、学科等もご記入ください。 | | |
| フリガナ |  | | |
| 担当者名 | ※本件の連絡窓口となる方のお名前をお書き下さい。 | | |
| フリガナ |  | | |
| 当日の発表者 | ※聴覚障害の有無　　　　あり　・　なし | | |
| ご住所 | 〒 | | |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |
| 発表タイトル |  | | |
| 発表概要  （200文字程度） |  | | |
| 電源の要 ・不要  ※電源が必要な場合には1口用意いたします。複数口ご利用の場合は、各自で電源タップ等をご持参ください | 要  不要 | | |
| ポスター以外の補足資料  ※検討中の資料もお書きください。記入のない資料の配布、動画の上映等は原則として禁止させていただきます。 | あり  （　　　）展示物・展示資料（例：活動案内、冊子など）  　　　　　　　　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　）配布資料（例：活動案内、冊子など）  　　　　　　　　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　　）動画の上映  　　　　　使用機材（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　※上映用機材は各自ご用意ください  　　　（　　　）その他  　　　　　　　　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  なし | | |
| ポスターの返却  原則として、ポスターは終了後各自でお持ち帰りをお願いいたします。  ご事情があり難しい場合は、返却方法をお知らせください。 | 持ち帰り可能（原則）  　　　返送を依頼する  注：返送は着払いのみとなります。伝票は各自ご用意をお願いいたします。 | | |
| その他要望  （必要な配慮等） |  | | |

本申込書は、下記申し込み先までFAXまたはE-mailにてお送りください。

E-mailの際は、件名に「教職員実践発表参加申込」と記載してください。

（締切：9月20日(金)）

申し込み・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

教職員実践発表担当

TEL/FAX　029-858-9438　　　　　E-mail 　sympo2019@pepnet-j.org

URL　http://www.pepnet-j.org