

「平成18年度 聴覚障害者の相談の資格・認定に関する調査研究及び
 聴覚障害者相談支援へのケアマネジメント等の研修」事業 研修会申込書

該当する欄に 及び必要事項をご記入ください

記入日: 年 月 日

ふりがな			
氏名	性別	健康者・聴覚障害者・ろう重複障害者	
	男性		
	女性		
自宅			
住所	〒(-)		
	電話番号	FAX 番号	
所属先(団体・勤務先など)			
名称	経験年数		年
住所	〒(-)		
	電話番号	FAX 番号	
資料送付先の希望	どちらかに 自宅 所属先		
職 種 (2~3つ重複する 場合はメインに をつけてください)		ろうあ者相談員(連盟登録)	手話通訳士
		情報提供施設職員	ろう協会役員
		ろう重複障害施設職員	その他の職種
		ろう高齢施設職員	

いただいた個人情報は、この研修会の開催および資料発送のためだけに使用します。
 手話通訳・要約筆記の準備があります。その他の手段が必要な方はお申し出ください。

分散会(経験交流会)		第1希望	第2希望
分散会	聴覚障害の特性をどのように受けとめるか		
	実際の支援援助のあり方、必要な知識、技術について		
	聴覚障害者に関わる相談員の専門性をどう整理するか		

参加費は下記口座へお振込みください。

なお、お振込みができないご事情のある方のみ、当時支払いもお受けいたします。

また、所属先への「派遣依頼文書」および「領収証」が必要な方は別紙「派遣依頼文書・領収証申込書」にてお申し出ください。

参加諸費

参加費(3,000円)		3,000円
交流会費(5,000円)		円
合 計		円

支払い方法 等

支払い方法	銀行振込()月()日	・ 当日支払
所属先への派遣依頼文書(別紙)	要	・ 不要
領収証(別紙)	要	・ 不要

振込先]
 東京信用金庫 江戸川橋支店
 普通預金 4016510
 名義:財団法人全日本ろうあ連盟
 理事長 安藤豊喜

事務局使用欄 (処理日)	受付	入力	受領
-----------------	----	----	----

「平成18年度 聴覚障害者の相談の資格・認定に関する調査研究及び
聴覚障害者相談支援へのケアマネジメント等の研修」事業 研修会
派遣依頼文書・領収証申込書

記入日： 年 月 日

参加者氏名	
派遣依頼文書	<p>要 ・ 不要(どちらかに をつけてください)</p> <p>所属先名:</p> <p>役職名:</p> <p>氏 名:</p> <p>住 所:</p> <p>(〒 -)</p> <p>電 話:</p> <p>FAX :</p> <p>封書宛名 : 所属長宛 ・ 参加者本人宛 (どちらかに をつけてください)</p>
領収証	<p>要 ・ 不要 (どちらかに をつけてください)</p> <p>宛 名:</p> <p>役職名:</p> <p>氏 名:</p> <p>金 額: 参加費のみ(3,000 円) ・ 参加費 + 交流会費(8,000 円) (どちらかに をつけてください)</p>