

人工内耳とともに歩む ～京大大学院で研究をしています～ 参加申込書

長野県聴覚障害者協会 FAX：026-295-3610



※会場準備のため、各項目にご記入をお願いします。

氏名	必要な情報保障(○をつけてください)
	手話・音声日本語通訳 要約筆記・ヒアリンググループ
	手話・音声日本語通訳 要約筆記・ヒアリンググループ
	手話・音声日本語通訳 要約筆記・ヒアリンググループ
連絡代表の方のお名前	連絡代表の方の連絡先 (メールアドレスまたはファックス番号)

※申込み書にご記入いただいた個人情報は、事業運営以外の目的では使用いたしません。



◆長野県障がい者福祉センターサンアップル 地図◆

