

2024年日言研大会 申込用紙

下記に必要事項を記入し、F A X送信先に送ってください。

1. 【参加】 【視聴】 希望するどちらかを○で囲ってください。

2. ^{フリ}氏 ^{カナ}名 _____

3. 連絡先（視聴の方には、要望のありました大会講義資料集をお届けします。
8/7ごろに受領できる住所にしてください。）

〒 _____ 住所 _____

[ご自宅以外の場合] 所属名 _____

TEL _____ FAX _____

4. 所属名 _____

TEL _____ FAX _____

5. 難聴・言語障害教育経験年数 _____ 年

6. 参加される方の希望講座（A・B・Cのいずれかを記入してください。）

8月7日(水)	1 -	8月8日(木)	4 -
	2 -		5 -
	3 -		6 -

7. 参加される方で、施設の宿泊(個室D棟バス・トイレ付き)を希望する方は、下記のいずれかに丸をつけてください。男性5人、女性30人を先着順に受け付けます。宿泊費3,700円は、当日受付にてお支払いください。

男 女

8. 公費参加の方は○で囲んでください。なお、公費支出の請求書等が必要な方は、早めにその旨をご連絡ください。

有

★連絡事項やお問い合わせがありましたら記入してください。

日本言語障害児教育研究会 事務局

受付番号	申込受理日	返信日	入金日	入金額	受講証送付日