第 3 回筑波障害学生支援研究会～平成 25 年度障害学生支援セミナー【7】～
参加申込書

フリガナ 参加者氏名			
所属（学校名、勤務先等名称）	※部課、学科等もご記入ください。 教員　・　職員　・　学生　・　その他職名（　　）		
所属機関　種別	大学・短期大学・高等専門学校・その他		
設置者 （○をつけて下さい）	国立　・　公立　・　私立		
連絡先	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
参加を希望するセミナーを選択してください。 ※複数選択可	（13:00～14:00）	１．発達障害　・　２．聴覚障害	
	（14:10～15:10）	３．視覚障害　・　４．運動障害	
情報交換会 （17:30～ 会費:5000 円程度） 参加希望の有無	参加を希望する　・　参加を希望しない		
配慮のご要望			

※セミナーは時間内出入り自由ですが資料準備の関係上、ご希望をお聞かせください。

下記問い合わせ先まで、郵送または FAX にて送付いただくか、E-mail にて送信して下さい。

【申込・問い合わせ先】
筑波大学　障害学生支援室
〒305-8572　茨城県つくば市天王台 1-1-1　TEL/FAX：029-853-4584
E-mail:　shougai-shien@un.tsukuba.ac.jp