

平成30年度「茨城県障害者福祉の集い」参加申込み
FAX 送信票
(029-225-4328 担当：鈴木和子)

【参加者名簿】

所属学部 (学部) 学年 (年) 幼児児童生徒名 _____

資料代表受け取り者名 _____

参加者氏名	車椅子	点字	拡大文字	手話	要約筆記	備考

※車椅子等の欄に該当される方は○印をお願いします。

※当日は代表の方に資料をまとめてお渡ししますので、受領される方のお名前を受け取り者名の欄に御記入ください。

※自家用車で御参加はできるだけ相乗りをお願いいたします。