

筑波技術大学 第12回企業のための視覚障害学生雇用セミナー参加申込書

FAX 029-858-9517

E-mail gakuseik2@ad.tsukuba-tech.ac.jp

開催日時：令和4年11月9日（水）12：30～16：30

場 所：一橋大学一橋講堂中会議室2～4

申込締切：令和4年10月26日（水）

●御社・法人名 _____

●所在地 〒 _____

●参加者[代表者様] (1)

ふりがな

お名前（ご所属） _____

TEL： _____

FAX： _____

E-mail： _____

●参加者 (2)

ふりがな

お名前（ご所属） _____

E-mail： _____

※希望するものに○をしてください。

●参加方法 (会場 ・ オンライン)

●参加希望部 (第1部 ・ 第2部 ・ 第3部) ※複数選択可

● [第1部] 個別相談希望の有無 (有 ・ 無)

希望相談先 (視覚 ・ 聴覚 ・ 鍼灸 ・ 理学 ・ 情報 ・ その他)

【以下に相談内容をご記入ください。】

その他「相談内容」： _____

[個別相談]

第1部: 12時30分~13時30分【事前予約制】 第3部: 15時30分~ (16:30)

視覚:視覚障害関係、聴覚:聴覚障害関係、鍼灸:鍼灸学専攻、理学:理学療法学専攻、情報:情報システム学科