

視覚と聴覚の両方に障害を持つ盲ろうの方々の支援について、一緒に考えてみませんか？

参加無料

# 盲ろう児者の 福祉・医療・教育 連携を考える

盲ろう児者（視覚聴覚二重障害）への理解を深め、ご関係施設・団体同士の連携と情報共有を促進するための公開講座を開催いたします。皆様のご参加をお待ちしております。

## 講座プログラム

※手話通訳・要約筆記あり

### 開催挨拶と講座の目的

高倉恵子（全国盲ろう者協会 事務局長）

日本調剤株式会社

松永達雄（国立病院機構東京医療センター 臨床研究センター聴覚・平衡覚研究部 部長）

### 当事者の声と日常の課題

小山賢一（みやぎ盲ろう児・者友の会 会長）

早坂洋子（みやぎ盲ろう児・者友の会 事務局長）

酒井晶子（宮城県盲ろう者通訳介助員）

### 教育と医療の専門的ネットワーク

三科聡子（宮城教育大学 教育学部  
特別支援教育専攻 准教授）

内田恵子（東北大学医学部眼科学教室 / 山形市立  
病院済生館眼科）

本藏陽平（東北大学耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室  
講師）

## 日時

9月13日（日）

13:00-16:00（予定）

## 場所

TKPガーデンシティ  
PREMIUM仙台西口

ホール4B（仙台駅西口徒歩3分）

## 開催形式

対面/Zoom同時開催

## 参加対象

盲ろうに関わる医療・教育・福祉関係者  
盲ろうの方とご家族・ご関係者  
盲ろうに関心のある一般の方

締切：9月4日（金）

## お申込み 方法

■ お申込みフォームから  
<https://forms.gle/iR3LdSzgRFQgZ93GA>

■ 参加申込書（裏面・2枚目）から  
必要事項をご記入のうえ事務局までお送りください。

お申込み  
フォーム▶



国立病院機構東京医療センター臨床研究センター聴覚・平衡覚研究部事務局

TEL : 03-6672-8967

FAX : 03-3411-0185

Email : 215-deafblind@mail.hosp.go.jp

主催 社会福祉法人全国盲ろう者協会  
共催 国立病院機構東京医療センター/日本調剤株式会社

お申込  
方法

- ① お申込みフォームから <https://forms.gle/iR3LdSzgRFQgZ93GA>
- ② 参加申込書から 参加申込書をメールかFAXにて事務局へお送りください
- ③ メールから 以下の情報を記載して事務局へお送りください
- ご所属

● お名前

● 参加形式（現地・WEB）

● メールアドレスかお電話番号（資料希望の方はメールアドレス）



参 加 申 込 書

お申込み締切

9月4日(金)

以下の空欄に必要事項（選択肢には○）をご記入のうえ、事務局までお送りください。  
後日、参加方法についての詳細をお送りさせていただきます。 **\*は必須です。**

|                                                                                         |                                                                                                                                                         |           |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| * 参加方法                                                                                  | 現地参加 ・ WEB参加 ・ 未定                                                                                                                                       |           |              |
| * お名前                                                                                   | ふりがな<br><div>【通訳介助を担当される方】<br/>担当する方のお名前をお知らせください：</div>                                                                                                |           |              |
| ご所属名                                                                                    |                                                                                                                                                         |           |              |
| * ご連絡先<br>(メール又はTEL)                                                                    |                                                                                                                                                         | ご参加<br>人数 | 申込者本人含め<br>人 |
| 【該当する方のみ】<br><br>障がいの種別                                                                 | 盲ろう（全盲ろう・全盲難聴・弱視ろう・弱視難聴）<br>視覚障害・聴覚障害・<br>その他の障害（ ）                                                                                                     |           |              |
| 当日の通訳方法                                                                                 | 全体手話通訳・PC要約筆記・その他（ ）                                                                                                                                    |           |              |
| ※事前に情報保障の<br>ための資料をご用意し<br>ます<br><br>情報保障資料が必<br>要な方は、ご希望<br>の形式・受取方法<br>に○をお付けくだ<br>さい | <div>●形式 1. 点字    2. 拡大文字    3. 普通文字<br/>4. テキストデータ（PCメール添付）</div> <div>●受取方法<br/>1. 手渡し（現地のみ）<br/>2. メール →ご連絡先のメールアドレスにお送りします<br/>3. 郵送 → 〒    -</div> |           |              |