

【グループ用】第20回 京都手話フェスティバル 出場申込書

※太枠のみご記入ください。

代 表 者	ふりがな		年		歳	
	氏名		齢			
	住所	〒				
	連絡先	TEL :	FAX :			
		メール :				
希望連絡方法に○を付けてください(複数可)	配慮の有無	無	・	必要 ()		
	・TEL	・fax	・mail	・その他 ()		
出 場 者	ふりがな		年		歳	
	氏名		齢			
	ふりがな		年		歳	
	氏名		齢			
所属団体 (当日のプログラムに団体名を記載します。「6. なし」に○をされた場合は空欄になります。)	1. 聴覚障害者協会 (支部) 2. 難聴者協会 (支部) 3. 手話サークル (サークル名) 4. 手話講座 受講生 5. その他 () 6. なし					
手話活動歴	年目					
必 ず ご 記 入 く だ さ い	テーマ					
	内容	※内容を簡単に記入してください ・				
手話スピーチの 発表方法 (いずれかに☑を 入れてください)	<input type="checkbox"/> 手話のみでスピーチをして音声は読み取り通訳を付けます。					
	<input type="checkbox"/> 手話と音声を同時にスピーチをします。					
	※読み取り通訳は申込者で準備ください。申込後に変更も可能です。					
動画配信の可否	手話の普及という目的のため、動画配信にご協力をお願い致します。 ご同意いただける場合は、「動画配信可」に、同意いただけない場合は「動画配信不可」に チェックをお願い致します。 <input type="checkbox"/> 動画配信 可 <input type="checkbox"/> 動画配信 不可					
受付日	2024年 月 日		受付番号			

※ご記入いただきました個人情報「第20回 京都手話フェスティバル」の目的範囲内でのみ利用し、第三者には開示致しません。

【申込先】〒604-8437

京都市中京区西ノ京東中合町2番地 京都市聴覚言語障害センター内
一般社団法人 京都府聴覚障害者協会 第20回 京都手話フェスティバル実行委員会
FAX : 075-841-8433 メール : kyoto.shuwafestival@gmail.com