

# 【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。 <input type="checkbox"/> 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