

# 【個人用】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。

ふりがな			年	
氏名			齢	歳
住所		〒		
連絡先		TEL :	FAX :	
		mail :		
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 ( )		
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 (講座名 ) 5. その他 ( ) 6.なし		
手話活動歴		年目		
(必ず手話ごスピーチしてください)	テーマ			
	内容	※スピーチの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は「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気付 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