

受付No. _____

2009年度 「目で聴くテレビ」手話キャスター養成講座 応募用紙

2009年 月 日

| | | | | | |
|-----------------------------------------|-------|-----|-----|----|----------------|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 男 女 | 年齢 | 歳 (年 月 日生) |
| 住所 | 〒 | | | | |
| | Email | | TEL | | |
| | FAX | | | | |
| 職業 | | 勤務先 | | | |
| 所属団体担当・役職 | | | | | |
| 【聴覚障害者福祉に係る活動歴】 | | | | | |
| | | | | | |
| 【趣味・特技など】 | | | | | |
| | | | | | |
| 【キャスター志望の動機・抱負】 | | | | | |
| | | | | | |
| 上記の者を「目で聴くテレビ」手話キャスター養成講座受講候補者として推薦します。 | | | | | |
| 2009年 月 日 | | | | | |
| 団体・施設名 _____ | | | | | |
| 代表者名 _____ 印 _____ | | | | | |

* 事務局使用欄

| | | | |
|-----|---|---|--|
| 受付日 | 月 | 日 | |
| | | | |