政見放送手話通訳士派遣申込書

令和　　年　　月　　日

一般社団法人福島県聴覚障害者協会長　様

**１　申込者**

|  |  |
| --- | --- |
| 候補者氏名 |  |
| 事務担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |
| ＦＡＸ番号 |
| メールアドレス |

**２　収録日時**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 収録放送局 | 収録日時 | | 手話通訳士氏名 |
| ＮＨＫ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ＦＣＴ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ＴＵＦ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |
| ＦＴＶ | 月　　日 | ：　　～　　： |  |

**３　資料提供等**

|  |  |
| --- | --- |
| 資料提供の有無 | 無・有（原稿・ビデオテープ・ＤＶＤ・音声テープ・その他） |
| 資料提供月日（予定） | 月　　　　　日 |
| 資料送付方法 |  |
| 備考 |  |

**※　窓口担当者記入覧**（申込者は記入しないで下さい）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 担当手話通訳士名 |  |
| ２ | サブ手話通訳士名 |  |

【申込みに関する問い合わせ先】

一般社団法人福島県聴覚障害者協会

〒９６０－８１４１　福島市渡利字七社宮１１１　福島県総合社会福祉センター内

電話番号 ０２４－５２２－０６８１

FAX番号 ０２４－５６３－６２２８