**「神奈川県手話言語普及推進協議会」公募委員応募書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふりがな)  氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 年　　齢 | 歳  （※令和７年４月１日現在の年齢をご記入ください。） | |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | |
| 電話番号（　　　）　　　－ | FAX番号（　　　）　　　－ |
| Email |  |
| 勤務先・学校等連絡先 | 〒　　　　－  （※勤務先・学校等の連絡先をご記入ください。） | |
| 電話番号（　　　）　　　－ | FAX番号（　　　）　　　－ |
| 携帯電話 | （　　　）　　　－ | |
| 面接等における手話通訳者の要・不要（○をつけてください） | 必要　　　　　　　　　　　　　　　　不要 | |

○　社会活動の経験（任意記入です。）

福祉、保健医療などに関する社会活動の経験がある方は、活動内容について簡潔にご記入ください。委員等の経験をお持ちの方は、それらもご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 内　　　　　　　　　　　容 | 期　　　　　間  （　年　月～　年　月） |
|  |  |