

(様式第2号)

## 字幕・手話の挿入及び映像制作協力員登録申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人山口県聴覚障害者福祉協会理事長 様

字幕・手話の挿入及び映像制作事業に係る協力員として登録を申請いたします。

氏名	ふりがな			性別	男・女
住所	〒			聴覚障害者 ・ 健聴者 ※○を囲んでください。	
連絡先	FAX		TEL		
PCメールアドレス					
携帯メールアドレス					
活動できる内容	キャスター ・ 撮影 字幕制作 ・ 手話 (ワイプ) ※○を囲んでください。(複数可)				
口座名	銀行 支店 (普通・預金) 口座番号 カタカナ 名 義				

※この申請書に記入されている個人情報は、この事業以外の目的には利用しません。

理事長	常務理事	担当