**茅ヶ崎市障害者保健福祉計画推進委員会委員募集**

**応募用紙**

※視覚障がいの方は、代筆や点字での応募も可です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | 性別 |  |
| 氏名 | |  | 年齢 | 歳 |
| 住所 | | 〒 | | |
| 電話番号 | 自宅 |  | | |
|  | 携帯 |  | | |
| メールアドレス | |  | | |
| （市外在住の方）  市内在勤・在学 | | □ 市内在勤　　□ 市内在学 | | |
| 審議会参加経験 | | □　参加経験あり（審議会名：　　　　　　　　期間：　　　　　　　　　）  □　参加経験なし | | |
| アンケート | | オンライン（Web）で会議に参加することはできますか。  （パソコンやインターネットの環境は、ご自身での準備となります。） | | |
| □　できる　　□　できない | | |
| 配慮事項はありますか。 | | |
| □　乳幼児の一時預かり　　　　　　 □　手話通訳、要約筆記  　□　ジョブコーチ（資料や委員意見の理解を深める等のサポート）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  □　特になし | | |

**１　応募の理由を教えてください。**

**裏面もあります。**

**２　障がいの有無にかかわらず、だれもが自分らしく暮らせる社会を実現するために委員として伝えたいことはありますか。**

**３　障がいがあることや障がいのある方との関わりについて、感じていることを教えてください。**

**４　現在の障がい福祉施策について、あなたの考えを教えてください。**