

手話スピーチ大会に参加しませんか

第4回 こうべ手話 フェスティバル

日時
(本選)

2024年8月11日(日)

午後1時～4時(開場正午)

会場

神戸新聞松方ホール
(JR神戸駅より南へ徒歩約10分)

※出場者を記録用ビデオなどに収録することがあります。ご了解ください。



応募資格

手話言語を使ってスピーチできる人

- ①一般初心者の部(手話歴3年未満)
- ②一般中級・上級の部(手話歴3年以上)
- ③高校生以下の部(高校生、中学生、小学生)

いずれも兵庫県内に在住、または通勤、通学していること。
聴覚障がいの有無は問わない。個人、グループでの応募も可(ただし1組3人まで)

テーマ・内容

各部とも手話言語の取り組みや体験、趣味など自由

発表形式

①手話言語のみ、②手話言語と発声の同時表現のいずれかを選択。聞こえる人が手話言語のみで発表する場合、同時に音声テープを流すか、同伴者、または実行委員会が依頼した手話通訳者に読み上げてもらう。ろうあ者の発表の場合は、事前提出の原稿を実行委員会が依頼した手話通訳者が読み上げる。DVDでの事前審査参加も可

応募方法

「第4回こうべ手話フェスティバル出場申込書」(本紙裏面、神戸新聞厚生事業団のHPからダウンロードも可)に、必要事項を記入の上、800字以内で手話での表現が5分以内で収まる原稿を添えて、郵送してください

締め切り

2024年6月24日(月)当日消印有効

※出場料、本選入場料は無料。予選の出場にかかる旅費などは出場者負担となります。本選出場者には出場にかかる旅費(公共交通機関に限る)は支払います。

事前審査

2024年6月29日(土)

神戸新聞本社(神戸情報文化ビル)14階会議室

※出場時間は実行委員会から応募者に個別に連絡する。全員に5分以内で手話表現を行っていただき、10人(組)の本選出場者を決定。本選の手話言語表現も5分(5分を経過した場合は減点の対象とする)

表彰

各部の上位3人(組)にトロフィーと賞状を贈呈し、その後、審査員(5人)代表が講評する

応募・問い合わせ先

第4回こうべ手話フェスティバル実行委員会
〒650-0044 神戸市中央区東川崎町1-5-7
神戸新聞厚生事業団内

[TEL] 078-362-7150 [FAX] 078-360-6658
(平日の10時～17時)

[Eメール] k-kouseijigyoku@kobe-np.co.jp

主催

第4回こうべ手話フェスティバル実行委員会(公益財団法人神戸新聞厚生事業団、NPO法人神戸ろうあ協会、神戸市手話サークル連絡会)、神戸新聞社

後援

兵庫県、兵庫県教育委員会、兵庫県社会福祉協議会
神戸市、神戸市教育委員会、神戸市社会福祉協議会

第4回こうべ手話フェスティバル 出場申込書

出場者(団体の場合は代表者)	ふりがな		生年月日	
	氏名		職業(学年)	
	住所	〒		
	連絡先	TEL:		
		FAX:		
携帯:				
メール:				
いずれかに○を付けて下さい	・自宅 ・職場(職場名) ・学校(学校名)			
<input type="checkbox"/> 聴覚障がい有 <input type="checkbox"/> 聴覚障がい無 ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 入れて下さい				
他の団体出場者	ふりがな		生年月日	
	氏名		職業(学年)	
	ふりがな		生年月日	
	氏名		職業(学年)	
(代表者の)所属及び手話活動歴	1. 聴覚障害者協会 2. 手話サークル 3. 手話クラブ 4. 手話講座 受講生 5. その他 6. なし 習い始めた年など()			
発表形式	<input type="checkbox"/> 手話言語のみ <input type="checkbox"/> 手話言語と発声 ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 入れて下さい			
必ずご記入ください	テーマ			
	内容	※内容を簡単に記入してください ・ ・ ・ ・ ・		
受付日	この部分は記入しないで下さい。 2024年 月 日		受付番号	

※ご記入いただきました個人情報は「第4回こうべ手話フェスティバル」の目的範囲内でのみ利用し、第三者には開示致しません。