



## 旭川市報道依頼

各報道機関 様

令和4年 7月29日

発信課	障害福祉課
担当者	田中
連絡先	電話 0166-25-6476
	FAX 0166-24-7007
	E-mail syougai Fukusi@city.asahikawa.lg.jp

分類	イベント・行事 <input checked="" type="checkbox"/> 募集 契約・入札 会議・説明会 その他 (該当する分類を囲むこと。)
日程	8月1日 ~ 8月31日
発表項目 (行事名)	旭川市手話施策推進会議の委員公募について
概要 (趣旨・日時・ 場所・内容等を 記入すること。)	<p>「旭川市手話言語に関する基本条例」に基づき設置されている附属機関「旭川市手話施策推進会議」の委員を公募します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>募集する委員人数2人(男女各1人)</li> <li>募集期間8月1日(月)から8月31日(水)まで</li> <li>応募用紙配置場所 <ul style="list-style-type: none"> <li>第二庁舎1階・2階 障害福祉課</li> <li>総合庁舎1階 市政情報コーナー</li> <li>各支所・東部まちづくりセンター</li> <li>旭川市障害者福祉センターおびつた</li> </ul> </li> </ol> <p>※ 市のホームページからダウンロードすることもできます。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>応募用紙の提出先及び提出方法 <ul style="list-style-type: none"> <li>提出先 旭川市7条通10丁目 旭川市第二庁舎2階 旭川市福祉保険部障害福祉課障害事業係</li> <li>提出方法提出先へ持参又は郵送するか、ファックス又は電子メールで提出してください。</li> </ul> </li> </ol>
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 (募集案内・応募用紙) (有・無のいずれかを囲むこと。) ※ 有の場合、資料の内容を記入すること。なお、別途冊子等の配付を希望する場合は、その旨記入すること。
報道(取材)に当たってのお願い	
備考	

# 旭川市手話施策推進会議の委員を募集します

旭川市手話施策推進会議は、手話に関する施策の推進及び実施状況についての検証等をするため、旭川市手話言語に関する基本条例に基づき設置されている市の附属機関です。

さまざまな立場の方々から広く意見をお聞きするため、委員のうち2人を公募します。

○推進会議は10人で構成されます。

(ろう者、手話通訳者、学識経験者、市長が適当と認めた者、公募に応じた者)

○令和4年度における今後の会議開催回数は1回(11月)の予定です。

○開催時間は平日夜間(18時以降)です。

## 「旭川市手話言語に関する基本条例」

手話は、手指や体の動き、表情を使って表現する、ろう者の言語です。手話は言語であることを市民の皆様に理解していただくことにより、さまざまな分野で手話によるコミュニケーションができるよう施策を推進し、ろう者を含む全ての市民が安心して暮らすことができる地域社会の実現を目指し、平成28年7月1日に施行されました。

## ○応募要領

●**応募資格** 手話に関心があり、次の①～④の要件を全て満たす方が対象です。

①本市に居住又は通勤通学している方

②18歳以上(令和4年11月1日現在)の方

③本市の附属機関の委員又は懇談会等の参加者に2つを超えて在任していない方

④本市の市議会議員及び職員でない方

●**募集人数** 2人(原則として男女各1人)

●**任期** 委嘱の日(令和4年11月1日)から2年間

●**応募方法** 応募用紙に必要事項と応募動機を記載し、持参、郵送、ファックス又は電子メールのいずれかの方法で御提出ください。

なお、提出された応募用紙は返却しませんので、あらかじめ御了承ください。

●**応募期間** 令和4年8月1日(月)から令和4年8月31日(水)まで(必着)

●**選考方法** 応募者が募集人数を超えた場合は、後日、手話をテーマとした作文を提出いただき、作文及び応募動機を基に選考委員会において選考を行います。選考結果については、後日、応募者全員に書面でお知らせします。

※ 選考においては、本市の附属機関の委員や懇談会等の参加者に在任されていない方を優先して選任させていただきます。

●**報酬** 会議1回への出席ごとに日額7,700円(所得税等を源泉徴収します。)の報酬を支給します。

## ○応募先・問合せ先

〒070-8525

旭川市7条通10丁目旭川市第二庁舎2階 旭川市福祉保険部障害福祉課障害事業係

TEL (0166) 25-6476 (直通) FAX (0166) 24-7007

E-mail syougai Fukusi@city.asahikawa.lg.jp

<様式第1号>

## 旭川市手話施策推進会議応募用紙

ふりがな		
氏名		
性別・年齢	<input type="checkbox"/> 男性	昭和・平成 年 月 日生まれ
	<input type="checkbox"/> 女性	満 歳（令和4年11月1日現在）
住所	〒	
	電話（ ） -	
	（この他に連絡先がある場合は住所等を記入してください）	
勤務先 （通学先）	（他の市町村に在住の方で、旭川市内に通勤・通学している方のみ記入してください） 勤務先・通学先（ ） 同住所（旭川市 ）	
応募状況	（現在、他の附属機関等応募されている場合は、その概略を記入してください）	

<応募の動機>

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

整理番号	受付日