

青森県聴覚障がい者情報センター 行

FAX:017-728-2921

Eメール:center@aomori-chokaku.jp

ご記入日 年 月 日

聴覚障がい者向け映像ライブラリー(字幕付・手話付)  
制作希望映像作品リクエスト用紙

ご氏名	ご所属
FAX番号	連絡用メールアドレス

A:字幕希望 B:手話希望 C:両方	作品名	放送日 (製作年)	放送局 (製作会社等)	メディア
(例) C	ドクターX	2021	テレビ朝日	映画・TV・DVD・その他
				映画・TV・DVD・その他

1. タイトルや放送日など、わかる範囲で記入をお願いします。
2. メディア(作品の形態)を丸で囲んでください。
3. 具体的な作品名でなくても、ライブラリー化の希望ジャンルでもかまいません。
4. 古い作品でも、聴覚障がい者を扱ったものがありましたら、お知らせください。

ご協力ありがとうございました。ご要望などがあればご記入ください