

第49回お母さんや家族をたたえる会 推薦書

令和 8 年 月 日

推薦者氏名

印

住所 〒

TEL

FAX

被推薦者	ふりがな 氏名		聴覚障害者 との続柄	
	住所	〒		TEL
	メールアドレス			FAX
	生年月日		令和 8 年 4 月 現在 歳	
聴覚障害者 * 1 名 のみ	ふりがな 氏名		続柄	
	生年月日	年	月	日
	住所	〒		TEL FAX
	職業・勤務先			

推薦理由 * 簡単に結構です。

- ※ 推薦対象者はお母さんまたはその家族（お父さん、お祖父さん、お祖母さん、お兄さん、お姉さん等）としています。聴覚障害者である子女が 18 歳以上であることを要します。
- ※ 推薦にあたり、必ず被推薦者に推薦する旨および個人情報を推薦書に記載する旨を伝えて了承を得てください。
- ※ 上記の個人情報は、聴覚障害児を育てたお母さんや家族をたたえる会の表彰等に関する事項のみ使用します。事業案内の最終ページの「個人情報の取扱いについて」をご高覧ください。
- ※ 氏名の間違いを被推薦者から指摘されることが多々ありますので、氏名・住所・電話番号（FAX 番号）・メールアドレスを再度ご確認くださいませよう願いたします。
- ※ 表彰楯に記名しますので、被推薦者の氏名は楷書で戸籍記載どおりに記載してください。
- ※ 推薦書は、令和 8 年 9 月 30 日(水)までに聴覚障害者教育福祉協会事務局へ送付してください。