令和６年度　所沢市中級点訳ボランティア養成講習会　申込書

ふりがな	
氏　名	
生年月日	昭・平　　年　　月　　日生　（　　歳）
住　所	〒
連絡先	電話（自宅）　（　　） 電話（携帯）　（　　） メールアドレス

受講申し込み理由（具体的にお書きください）
今までにボランティア活動の経験等がある方は、その内容をお書きください
今後どのようにボランティア活動に取り組みたいと考えていますか？
テキストについて お持ちでない方は「１．注文する」に○をつけてください １．注文する　　２．注文しない 「点訳のてびき」第４版　　価格 1,540 円（税込） 編集・発行　全国視覚障害者情報提供施設協会
この講習会を何で知りましたか

◎いただいた個人情報は、所沢市社会福祉協議会個人情報保護規程に基づき管理いたします

社会福祉法人　所沢市社会福祉協議会