

平成4年度所沢市中級点訳ボランティア養成講習会受講申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
現住所	〒
連絡先	※新型コロナウイルスの感染の状況により、ご連絡する場合がございます。 電話（自宅） () 電話（携帯） () FAX ()
点字の学習歴 約 () 年 () カ月	
① 点字の基本をどのように学びましたか。 1. () 講習会 2. その他 ()	
② この講習会の応募動機をくわしくお書きください。	
③ 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。	
④ 今後どのようにボランティア活動を取り組みたいと考えていますか？	
⑤ テキストについて <u>お持ちでない方は必ず、「1. 注文する」を選択してください。</u> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 1. 注文する 2. 注文しない </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 「点訳のてびき」第4版 価格 1,540円 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 編集・発行 全国視覚障害者情報提供施設協会 </div>	

◎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。
 所沢市社会福祉協議会 所沢市手話通訳・要約筆記派遣事務所