

令和 7 年度 所沢市音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経験等がある方は、その内容をお書きください	
音訳の経験がある方は、その内容をお書きください	
事前説明会（6月10日）について （○をつけてください） 1 参加できる                      2 参加できない                      3 参加した	
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