

令和8年度音訳奉仕者養成講習会受講申込書

三重県視覚障害者支援センター所長 様

令和 年 月 日

令和年8度音訳奉仕者養成講習会実施要項に基づき、受講を申し込みます。

[↓※印は、必須項目です]

※ふりがな		※年齢	性別
※氏 名			
※住 所	〒		
連 絡 先 ※1つ以上	TEL 日中のご連絡先 ※（自宅） ※（携帯） E-mail		
緊急連絡先	TEL (自宅 ・ 様方) 申込者本人の緊急時に連絡する番号をご記入ください。		
※受講希望 コース	金曜日コース ・ 土曜日コース どちらでも受講可能な方は、○をしてください →		
※ボランティア 活動希望日	平日のみ ・ 土曜のみ ・ 平日、土曜どちらも可能		
※経 験	無 ・ 有（所属グループ名等： ）		
※志望動機			
※趣味・特技 資格等			

※確認：「テキスト」は、要項のとおり各自が用意してください ☐ はい

※個人情報の取り扱いについて、どちらか一方に☒を付けてください。

☐ 上記の個人情報は、令和8年度音訳奉仕者養成講習会用務についてのみ使用することを承諾し、公表することは禁止します。

☐ 上記の個人情報は、三重県視覚障害者支援センター業務に関しては使用することを承諾し、公表することは禁止します。