**令和６年度　音声訳奉仕員養成講座（上級）申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　 申込日　　令和　　 年　　 月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※該当箇所に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名 | ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 男・女 ） |
| 申込者住所 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　） ― |
| メールアドレス |  |
| 生年月日 | 年　　 　月　 　　日（　　　歳） |
| 所属音声訳団体名 | （所属団体がある方のみ、ご記入ください） |
| 受講条件の確認  ※すべての項目にチェックが入る方が対象 | □基礎的な音声訳の知識（初級講座修了程度）がある  □自身で音声訳データを作成することができる  ※講座最終日に課題データ提出の機会があります  □今後も音声訳に関する活動を続ける意思がある |
| 受講方式 | 会場参加　　　オンライン参加（ＺＯＯＭ）  ※オンライン参加の方はメールアドレス必須 |
| 講座受講の動機 | |

申込締切　２０２４年５月２０日（月）必着

申込先　　新潟県視覚障害者情報センター　音声訳奉仕員養成講座担当

　　　　　〒950-0121　新潟市江南区亀田向陽1-9-1

FAX：025-381-8115 ／ E-mail：ngt@ngt-shikaku.jp