

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

※該当箇所には○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	<input type="checkbox"/> 基礎的な音声訳の知識（初級講座修了程度）がある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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