

音声訳奉仕員養成講座（初級）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	() —
生年月日	年 月 日 (才)
所属音訳 団体名	所属団体がある方のみ、ご記入ください。
音訳研修会 の受講有無	有り 無し
講座受講の動機	

申込締切 5月12日（水）必着

申込先 新潟県視覚障害者情報センター 狩野
〒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