

# 令和8年度 新潟県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 及び団体長名	
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"/> 視覚障害者等のために音声訳活動ができる <input type="checkbox"/> 音声訳奉仕員養成講座(初級)程度の知識・技術がある <input type="checkbox"/> パソコンを使用して音声訳データを作成することができる <input type="checkbox"/> 今後も音声訳に関する活動を続ける意思がある <input type="checkbox"/> すべての講座を受講できる <input type="checkbox"/> 所属する音声訳奉仕団体団体長から推薦を受けた
受講方式	会場参加      オンライン参加 (ZOOM)
講座受講の動機	

申込締切 5月8日(金) 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

E-mail : ngt@ngt-shikaku.jp