

令和8年度新潟県視覚障害者情報センター
登録ボランティア養成講座申込書

申込日 令和 年 月 日

※この講座の受講対象者は、「令和6年度音声訳奉仕員養成講座（上級）」修了者
もしくは、「令和8年度音声訳奉仕員養成講座（上級）」を修了見込みの方です。

※該当箇所に○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 ※すべてにチェックが入 る方が対象となります	<input type="checkbox"/> 年齢が65歳程度までである <input type="checkbox"/> 受講可否は音源審査と面談により決定することを了承する <input type="checkbox"/> 視覚障害者情報センターからの求めに応え、デージー図書 製作に協力する意思がある <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
講座受講の動機	

申込締切 6月17日(水) 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