

愛媛県視聴覚福祉センター点字図書館等製作協力者登録申請書

年 月 日

愛媛県社会福祉事業団理事長 様

申請者 住所
〒

氏名（ふりがな）

電話番号

ファックス番号

生年月日	年 月 日生	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 〔該当する□に印を付けてください。〕
奉仕員の 区分	<input type="checkbox"/> 点訳 <input type="checkbox"/> 音訳 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 字幕挿入 〔該当する□に印を付けてください。〕		