

視聴覚福祉センターサポートボランティア講座申込書

令和 年 月 日

愛媛県視聴覚福祉センター所長 様

視聴覚福祉センターサポートボランティア講座に下記のとおり申し込みます。

記

1 ふりがな
氏 名

2 年 齢

3 住 所
〒

4 連 絡 先 (電話)

(FAX)

5 ボランティア経験 ※該当するところに○をつけてください。

- ・有
 - ・点 訳
 - ・音 訳
 - ・手 話
 - ・要約筆記
 - ・その他
(具体的に：)
- ・無