**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**※該当するところに〇をつけてください。

**・有　　・点　訳**

**・音　訳**

**・手　話**

**・要約筆記**

**・その他**

**（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**・無**