

**【視聴覚障がい者支援ボランティア体験講座受講申込書】**

令和6年 月 日

愛媛県視聴覚福祉センター所長 様

下記のとおり視聴覚障がい者支援ボランティア体験講座に申し込みます。

ふりがな  
氏名

住所 〒

連絡先 電話：

メール：

※今回知り得た個人情報は、本講座以外で使用することはありません。

**申し込み締切:2月 28 日(水)**