

# 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 住 所  
〒

3 連絡先 (電話)  
  
(FAX)

4 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