

# 令和6年度点訳奉仕者初級養成講習会受講申込書

三重県視覚障害者支援センター所長 様

年 月 日

令和6年度点訳奉仕者初級養成講習会実施要項に基づき、受講を申し込みます。

ふりがな		
氏 名		
住 所	〒	
連 絡 先	TEL (自宅) (携帯)	
メールアドレス		
点訳経験の有無	有 (経験年数: 年) ・ 無	
志望動機		

点字器の購入について (各項目のどちらか一方に○を付けてください)		
点字器	<input type="checkbox"/>	持っているので購入しない
	<input type="checkbox"/>	持っていないので購入する
	ご希望の色に○を付けてください。 グレー ・ ピンク ・ オレンジ ・ ブルー ・ グリーン ・ クリーム	

※ 個人情報の取り扱いについて、どちらか一方にを付けてください。

上記の個人情報は、令和6年度点訳奉仕者初級養成講習会用務についてのみ使用することを承諾し、公表することは禁止します。

上記の個人情報は、三重県視覚障害者支援センターの業務に関しては使用することを承諾し、公表することは禁止します。