

(別紙)

令和6年7月31日必着

宛先:岡山県視覚障害者センター(FAX:086-244-1043 メール:ossfc@nifty.com)

令和6年度 代筆・代読従事者養成研修 受講申込書

令和 6 年 月 日

フリガナ			年齢
氏名	姓	名	歳
生年月日	(西暦) 年 月 日		
自宅	住所 電話番号 () -		
勤務先	勤務先名 職種 所在地 電話番号 () -		
メールアドレス			
希望の連絡先	1 自宅 2 勤務先 3 メール ※必ずご記入ください		
障害福祉に関する 仕事やボランティア の経験の有無と その内容			
修了後の予定 ※当てはまる番号に ○印をして下さい。	1 すでに代筆代読業務に従事している、またはすぐに従事する予定である。 2 今後1年以内に代筆代読業務に従事する予定がある。 3 将来、代筆代読業務に従事したい。 4 今のところ予定はない。		
受講の動機			