

様式1

要約筆記者養成講習会受講申込書

令和 年 月 日

岩手県立視聴覚障がい者情報センター所長 様

ふりがな
申込者氏名

以下のとおり要約筆記者養成講習会の受講を申込みます。

住 所	〒		
電話番号	— —	F A X	— —
Eメール			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
職 業			
勤務先	電話 — —		
受講コース	手書き パソコン ※希望するコースに○をつけてください。		
要約筆記奉仕員養成講習会受講歴 有 ・ 無 ※有の場合は、修了証書の写しを添付のこと。			
備 考			

岩手県立視聴覚障がい者情報センター FAX 019-606-1744

電 話 019-606-1743