

聴覚障がい者パソコンサポーター養成講習受講申込書

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

次のとおり聴覚障がい者パソコンサポーター養成講習の受講を申し込みます。

住 所	〒		
電話番号	— — (自宅・勤務先・携帯)	F A X	— —
Eメール			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
パソコン 使用歴	1. 1年未満 2. 1年以上3年未満 3. 3年以上		
特記事項	(奉仕・ボランティア活動の実績などを記載してください)		
備 考			