様式

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し込みます。

住　　所	〒		
電話番号	－　　－	ＦＡＸ	－　　－
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。		
志望動機			
	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してください。		

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