

「音訳ボランティア講習会（初級）・点字講習会（初級）」申込書

令和 年 月 日

ふりがな	
氏 名	
住 所	〒
電話番号	(携帯) *日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
F A X	
メールアドレス	※記載していただいたメールアドレスへ受講案内をお送りします。
希望する 講習会	☐ 音訳ボランティア講習会（初級） ☐ 点字講習会（初級） ※希望する講習会にチェックをつけてください。

※この申込書の個人情報は、講座の申込み以外には利用いたしません。

※申込期限：4月14日（月）必着

提出先・お問合わせ先
 八尾市 障がい福祉課
 〒581-0003 八尾市本町一丁目1-1
 電話：072-924-3838
 FAX：072-922-4900
 電子メール：syougai@city.yao.osaka.jp

受付印