令和７年度初級点訳者養成講習会申込書

※太枠内を記入・選択してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 住所 | 電話番号 |
| ふりがな | 〒　　　‐ | 自宅 |
| 　 | 　 | （　　　　） |
| 携帯 |
| （　　　　） |
| 生年月日 | 職業 |
| 　　 　 年 　 月 　 日生 （ 　 歳） | 　 |
| 全日程の受講 | 受講地区 | 本講習会への申込み |
| 可　 ・ 　否 |  平　 ・　勿来 | 初　 ・ 　　　 回目  |
| 点訳の経験 | 点訳サークル等への入会 | （入会している場合）サークル等の名称 |
| 有　 ・ 　無 | 有　 ・ 　無 |  |
| 講習会を受講する動機を教えてください。 |
|  |
| 講習会に対する意気込み・要望等があればご記入願います。 |
|  |
| ◎申込み先　　いわき市　保健福祉部　障がい福祉課（いわき市役所 ２階）本申込書を直接お持ちいただくか、下の問合せ先に郵送、ファックスまたは電子メールで締切り日までにご提出ください。◎締切り日　　令和７年５月12日(月)　必着 |
| ◎問合せ先　　〒970-8686　いわき市平字梅本21番地いわき市役所障がい福祉課　講習会担当 行き電　 話：２２‐７４８５　　ファックス：２２‐３１８３電子メール：shogaifukushi@city.iwaki.lg.jp |