

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		