

## 令和7年度 音声訳奉仕員養成講座（初級）申込書

申込日 令和 年 月 日

※該当箇所には○をつけてください。

申込者氏名	ふりがな <span style="float: right;">（男・女）</span>
申込者住所	〒
電話番号	（      ）      ー
メールアドレス	
生年月日	年      月      日（      歳）
所属音声訳団体名	（所属団体がある方のみ、ご記入ください）
音声訳経験の有無	あり                      なし
受講方式	会場参加      オンライン参加（ZOOM） ※オンライン参加の方はメールアドレス必須です
講座受講の動機	

申込締切 2025年8月4日（月）必着

申込先 新潟県視覚障害者情報センター 音声訳担当

〒950-0121 新潟市江南区亀田向陽1-9-1

FAX : 025-381-8115 / E-mail : ngt@ngt-shikaku.jp