

令和6年度 所沢市音訳ボランティア養成講習会 申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)
住 所	〒
連絡先	電話（自宅） () 電話（携帯） () メールアドレス
受講申し込み理由（具体的にお書きください）	
今までにボランティア活動経験等がある方は、その内容をお書きください	
音訳の経験がある方は、その内容をお書きください	
事前説明会（7月2日）に参加しますか？ 既に参加しましたか？ （○をつけてください） 1 参加できる 2 参加できない 3 参加した	
この講習会を何で知りましたか	

◎いただいた個人情報は、所沢市社会福祉協議会個人情報保護規程に基づき管理いたします
社会福祉法人所沢市社会福祉協議会