受付番号(　　)

受講申込書

専門講座 ※選択 （入門講座終了後）	希望の講座に〇をつけてください 第１希望：　点訳　音訳　アイサポ 第２希望：　点訳　音訳　アイサポ	
ふりがな		男　女
氏名		
ふりがな		
住所	〒	
電話番号		
メールアドレス		
生年月日	（西暦）　年　月　日(　歳）	
職業	有　（職種：　） 無	
ボランティア経験	有　（種類：　） 無	
経歴	【趣味・特技・資格など】	
受講の動機や視覚障害について思うことをご自由にお書きください。		
この講座をどこで知りましたか？（複数回答可） ホームページ　広報誌　チラシ　その他(　)		

2025 年度
視覚障害サポート・ボランティア養成講座