堺市要約筆記者養成講座(パソコンコース)申込書

視覚・聴覚障害者センター

聴覚障害者情報提供施設長　様

令和　　　　年　　　　月　　　　日

　私は将来、堺市内で要約筆記者として活動したいので、受講の申し込みをします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年(西暦　　　　年)　　　　月　　　　日生 | | |
| 住　　所 | 〒　　　- | TEL  (固定)  携帯 |  |
| FAX |  |
| メールアドレス | ・講座の出欠連絡や宿題等の授受が可能なアドレスであること  ・受講生間で公開可能なものが望ましい | | |
| 学校または勤務先 | 連絡可・連絡不可 | | |
| 学校または勤務先の所在地 | 〒　　　- | TEL |  |
| FAX |  |
| 特技・資格 |  | | |
| この講座をなにで知りましたか？ | 例：広報　知人からの紹介 | | |
| ご質問があればご自由にお書きください  ※裏面に受講動機をご記入ください |  | | |

受講動機について