**FAX宛先 : 026-217-0277**長野県視覚障害者福祉協会 音訳事業部

**2023年度「音訳ボランティアセミナー」**

**参加申込み**定員になり次第締め切り

希望日を**レ**点で印してください。

□長野市会場6月29日（木）　　□松本市会場10月3日（火）（火）

グループ・団体等の名称

住　　所　〒

電話番号　　　　　　　　　-　　担当者名

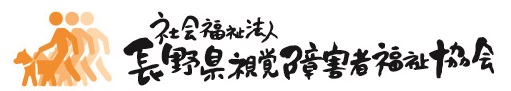
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | ふりがな |  | 氏　名 | ふりがな |
| １ |  |  | 6 |  |  |
| 2 |  |  | 7 |  |  |
| 3 |  |  | 8 |  |  |
| 4 |  |  | 9 |  |  |
| 5 |  |  | 10 |  |  |

--裏面あり--

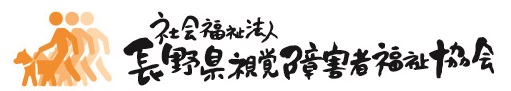
質問事項がある場合は裏面にご記入の上､

申し込み締め切り日までに事前にFAXください。

社会福祉法人 長野県視覚障害者福祉協会〈音訳事業部〉



**音訳事業部**



**音訳事業部**

〒381-8577　長野市大字下駒沢618-1　長野県立総合リハビリテーションセンター内

TEL 026-217-3201　FAX 026-217-0277

**FAX宛先 : 026-217-0277**長野県視覚障害者福祉協会 音訳事業部

**2023年度「音訳ボランティアセミナー」**

**事前質問用紙**

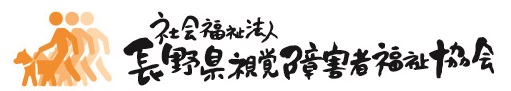
申し込み締め切り日までにFAXしてください。

　　校正について困っていることがありましたら具体的にお書きください。

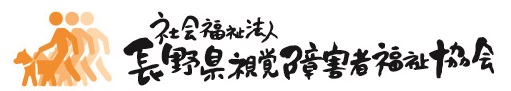
グループ・団体等の名称

電話番号　　　　　　　　　-　　担当者名

社会福祉法人 長野県視覚障害者福祉協会〈音訳事業部〉



**音訳事業部**



**音訳事業部**

〒381-8577　長野市大字下駒沢618-1　長野県立総合リハビリテーションセンター内

TEL 026-217-3201　FAX 026-217-0277