

愛媛県視聴覚福祉センター点字図書館等制作協力者登録申請書

年 月 日

愛媛県社会福祉事業団理事長 様

申請者 住 所

〒

氏 名(ふりがな)

電話番号

ファックス番号

生年月日	年 月 日生	性 別	男 女 〔該当する に印を付けてください。〕
奉仕員の 区 分	点訳 朗読 手話 字幕挿入 〔該当する に印を付けてください。〕		