令和６年度　字幕制作ボランティア養成講座
受講申込書

ふりがな			年　齢
氏　名			歳
住　所	〒		
電　話		ＦＡＸ	
メール アドレス	※必須		

講習会を修了した後、活動できる時間帯を教えてください。
（当てはまる時間帯すべてに〇をお願いします）

・平日（月～金）の午前　　・平日（月～金）の午後
・週末（土・日）の午前　　・週末（土・日）の午後
・その他（　　）

※字幕制作ボランティアにご協力をいただいた方は、僅かではありますが作業代を準備いたします。

【お問い合わせ・申込先】

佐賀県聴覚障害者サポートセンター（担当：清田）
〒840-0826　佐賀市白山二丁目 1-12（佐賀商工ビル４階）
TEL：0952-40-7700　　FAX：0952-40-7705（月曜・祝日休館）
Mail：info@saga-mimisapo.jp