

対面音訳サービス協力者登録申込書

土佐清水市立市民図書館長 様

対面音訳サービスの音訳者として協力したいので、次のとおり登録いたします。

申し込み 年月日	令和 年 月 日		
氏 名	フリガナ		性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	Ⓜ		
生年月日	(<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和) 年 月 日		
住 所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
対面音訳が できる曜日時間 帯	協力できる曜日・時間帯		備 考
	() 曜日	() 時 ~ () 時	
	() 曜日	() 時 ~ () 時	
	() 曜日	() 時 ~ () 時	
	() 曜日	() 時 ~ () 時	
	() 曜日	() 時 ~ () 時	
	() 曜日	() 時 ~ () 時	
	() 曜日	() 時 ~ () 時	
受講した 研修講座	受講年		実施機関名 団体名
	研修講座名		

【注意事項】

- ①携帯電話をお持ちの場合は電話番号をご記入ください。
- ②登録手続き完了後、市民図書館から連絡いたします。
- ③登録者は図書館サービスへの協力者としての自覚で、利用者主体の音訳サービスに努めてください。
- ④対面音訳サービス終了時には、別記第5号様式の実施報告書を提出してください。

※以下は図書館記入欄

受付年月日	令和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 登録可 <input type="checkbox"/> 登録不可	備 考		

館 長	館長補佐	係