

大阪府点訳奉仕員（ボランティア）中級養成講座申込書

年 月 日

大阪府知事あて

私は将来、大阪府内で視覚に障がいのある方のために点訳奉仕員としてボランティア活動をしたいので、受講の申込みをします。

ふりがな		年 齢	歳
氏名			
住所	〒		
	電話 ( )	メールアドレス ( )	
緊急連絡先	電話 ( )	携帯・職場・その他 ( )	
(府外在住者のみ) 勤務先の市町村名			

以下の項目は選考の対象となります。(確認のため証明書等の提出を求める場合があります。)

学習の経験等について以下の(1)~(3)についてご回答ください	
(1)これまでに受講した講座等の学習方法(該当箇所の口にチェックして下さい)	①市町村が実施する点訳奉仕員養成講座 ※ ( ) 内に市町村名を記入ください。 <input type="checkbox"/> 修了済 ( ) <input type="checkbox"/> 受講中 ( ) <input type="checkbox"/> 未受講 ②その他の団体等が実施する点訳講座 <input type="checkbox"/> 修了済 <input type="checkbox"/> 受講中 <input type="checkbox"/> 未受講 (実施機関・講座の名称: ) <input type="checkbox"/> その他学習経験 ( )
(2)講座修了後、大阪府内で視覚に障がいのある方のために点訳奉仕員としてボランティア活動をする予定です。(「はい」とご回答いただける場合は口に必ず✓してください。)	<input type="checkbox"/>
(3)志望動機を記載ください。 〔	〕

パソコンの使用と点訳歴についておたずねします。(該当箇所の口にチェックして下さい)  
 ※講座修了後、府立福祉情報コミュニケーションセンター点字図書館でボランティア活動をする場合、各自でパソコンのご準備をお願いします。

①パソコンは使えますか? <input type="checkbox"/> 使える (使用歴: 年) <input type="checkbox"/> 使えない	②パソコン点訳ができますか? <input type="checkbox"/> できる (点訳歴: 年) [点訳ソフト名: ] <input type="checkbox"/> できない
--	--

障がい等の理由により受講上の配慮を希望する方は、身体または障がいの状況、配慮を希望する具体的な内容を記入してください。(内容確認のため、個別にご連絡させていただく場合があります。)

点訳ボランティア活動について

視覚に障がいのある方のために、墨字で書かれた資料や広報誌、図書などを点字に訳して、提供する活動です。点訳だけでなく、校正や点字データの編集などをする場合もあります。

(大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター 点字図書館での活動のご紹介)

主に蔵書製作を行っています。製作には、パソコン、点訳ソフトを使います。点訳・校正は基本的にご自宅でしていただき、月に数回、センターで開催する勉強会等に参加していただきます。完成した点訳図書情報は、インターネット上のサビエ図書館にも登録し、全国で利用されています。

【記入もれのないように注意してください。】