

令和3年度聴覚障がい者のためのパソコン（個別）サポート申込書

岩手県立視聴覚障がい者情報センター (FAX 番号019-606-1744)

(ふりがな)

お名前 _____

■ 住 所 〒 _____

■ 性 別 男 女 ■ 年 齢 _____

■ FAX 番号 _____

■ E-mail アドレス _____

■ 相談内容 (□内にチェックをお願いします)

■ 持ち込みパソコン・スマートフォン・タブレット・機器等 あり なし

パソコン() タブレット(機種名)

スマートフォン(機種名) その他 ()

※パソコン以外は持ち込みのみ対応いたします。

サポートしてほしい内容を具体的にお書きください。

※内容によってはセンター職員では対応できない場合があります。ご了承ください

■ コミュニケーション手段 (□内にチェックをお願いします)

手話 筆談 口話 その他 ()