

令和4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)

■氏名 _____ ■年齢 _____

■住所 〒 _____

■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 ()