

# 令和5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 ( )

## 令和5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

氏名 \_\_\_\_\_

■サポート希望日を記入して希望の時間帯に○を付けてください

日 時		時間帯① 10:00~11:30	時間帯② 13:30~15:00	時間帯③ 15:30~17:00
第1希望	月 日			
第2希望	月 日			
第3希望	月 日			
第4希望	月 日			

サポート希望日を、第1~4希望まで記入願います。(対応可能な日を後日ご連絡します)

※1日1人につき1回(1時間30分以内)

..... ここから下は記入不要です .....

### 情報センター用確認書 (折り返しFAXします)

日 時		時間帯① 10:00~11:30	時間帯② 13:30~15:00	時間帯③ 15:30~17:00
第1希望	月 日			
第2希望	月 日			
第3希望	月 日			
第4希望	月 日			

お申込みありがとうございました。  
岩手県立視聴覚障がい者情報センター