

令和6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

〒

ー

■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6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