

令和７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 0 1 9 － 6 0 6 － 1 7 4 4）

(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７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