

(別紙)

令和8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)
- 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 ()

※パソコン以外はお持ちの機器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。

- サポート希望場所 (□内にチェックをお願いします)
- 岩手県立視聴覚障がい者情報センター 自宅
- 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 ()

■ サポート希望日時 (日付を記入し、希望時間に○をお願いします)

日 時		①10:00~11:30	②10:30~12:00	③13:30~15:00	④14:30~16:00
第1希望	月 日				
第2希望	月 日				
第3希望	月 日				

..... センター記入欄 (ここから下は記入不要)

●対応職員・サポーター氏名 _____

●サポート日時 _____ ●サポート場所 _____

連絡先：岩手県立視聴覚障がい者情報センター 担当：IT推進専門員 里館 佑夏

FAX：019-606-1744 メール：pciwate@aaina.jp 電話：019-606-1743