

## 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<br>10:00~11:30 | 時間帯②<br>13:30~15:00 | 時間帯③<br>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<br>10:00~11:30 | 時間帯②<br>13:30~15:00 | 時間帯③<br>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