

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 | 〒 _____ | | |
| | _____ | | |
| ■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