

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 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