（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　里舘　佑夏

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