**聴覚障がい者向けパソコン講習申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | ろうあ者 | 難聴者 | 中途失聴者 |
| 氏名 |
| 住所　〒 |  |
| FAX番号/電話番号 |
| メールアドレス |  |  |  |
| 必要な情報保障に○をつけてください | 手話通訳 | 要約筆記 | 不要 |
| 持っているパソコンに○をつけてください | ノートパソコン | デスクトップ型 | 持っていない |
| どのくらいパソコンを使いますか？○をつけてください | よく使う | 時々使う | あまり使わない | ほとんど使わない |
| 何月から受講したいですか？ | 月～ |
| 希望する曜日に○をつけて、時間を記入してください | 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日　　の　　　　時頃（※開館時間：朝10時～夕方６時） |

**希望する内容をご記入ください。**※内容によっては対応できない場合もあります。

例：ワードで文書を作りたい、エクセルで表が作成したい等

備考欄（質問や要望など自由にご記入ください）

**島根県聴覚障害者情報センター　ＦＡＸ ０８５２－３２－５９６１**