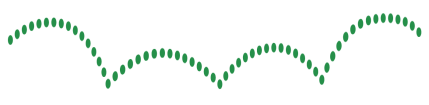
****

令和6年度

聴覚障がい者向けパソコン講習のご案内

1．内容　パソコンの基本的な操作、エクセル、ワード、スマホ・タブレットについて等、相談の上決定します。

2．時間　1人　10時間（ガイダンス時間を含む）。希望があれば4時間まで追加できます。  
日時は受講者の希望にあわせて講師と調整します。

ただし、情報センターの開館時間（10時から18時）に限ります。

３．対象者　**県内の東部地区在住者**で18歳以上の聴覚障がい者

　　　　　　　※　なお、申し込みが初めての方を優先します。

４．受 講 料　無　料

５．場所　・島根県聴覚障害者情報センター

(松江市東津田町1741-3　いきいきプラザ島根3F)

・講習希望者の自宅（対象の聴覚障がい者で移動が困難な方についてはご相談の上、訪問講習を行います。）

６．申込方法　申込用紙に必要事項を記入の上、FAX、郵送または持参して下さい。

７．講師　当センターが定める要件を満たす者

８．申し込み/問い合わせ先

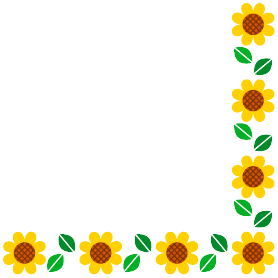
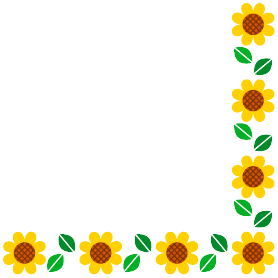
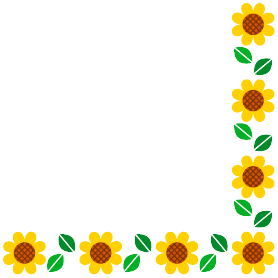
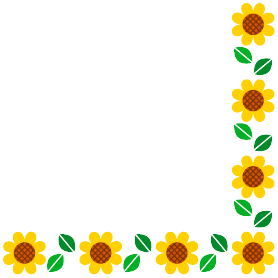
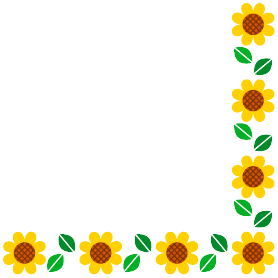
　　　　　　　島根県聴覚障害者情報センター　　担当：佐藤

　　　　　　　〒690-0011　松江市東津田町1741-3　いきいきプラザ島根3階

　　　　　　　FAX　0852-32-5961　　TEL　0852-32-5960

　　　　　　　メール　[**center@shimane-choukaku.jp**](mailto:center@shimane-choukaku.jp)

９．その他　・手話通訳や要約筆記が必要な方は、手配いたします。



・訪問講習の受講については、当センターまでお問い合わせください。ご相談の上決定させていただきます。



https://1.bp.blogspot.com/-P4jG5nU8Hyk/XTPoav7OUOI/AAAAAAABTyw/eYeXq6gC-Q8MlIysnRzPcXh-R43cILvsQCLcBGAs/s800/line_dots4_green.png

**１人１人の希望に合わせて、**

**講師と１対１で学習できます。**

**令和6年度聴覚障がい者向けパソコン講習申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | 〇を付けてください | | | | | | | | |
| 氏名 | | ろうあ者 | | | | 難聴者 | | | 中途失聴者 | |
| 住所　〒 | | | | | | 生年月日（※傷害保険加入のため）  　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| FAX番号 | | | | 電話番号 | | | | | | |
| メールアドレス（PC） |  | | | | メールアドレス（携帯） | | |  | | |
| 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 | | | 全然使わない |
| よく使う・時々使う方はどのようなことに使っていますか？ |  | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | |

**※傷害保険…感染症は対象外です。**

**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**