FAX　028-627-6880

**「視覚障害者・聴覚障害者向けICT地域別講習会」（iPhone教室）　申込書**

**●聴覚障害のある方向け**

※枠内にご記入ください。🞎のある項目は、当てはまるものに🗹してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 連絡先  （電話番号）  （FAX番号）  （メールアドレス） |  | | |
| 情報保障の希望 | 🞎 手話通訳 | 🞎 要約筆記 | 🞎 ヒアリングループ（磁気ループ） |

参加したい講座に○をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地区・開催日 | ①県央・12/26（月） | ②県南・12/19（月） | ③県北・11/30（水） |
| 希望に○をつけてください。 |  |  |  |

＜情報センターからのお願い＞

受講できなくなったときは、事前に情報センターまでご連絡ください。