

令和8年 パソコン相談会 申込書			
ふりがな		年齢	性別
お名前			男・女
ご住所	〒		
ご連絡先	電話番号:		
	FAX番号:		
	メールアドレス:		
障がい	視覚・聴覚・肢体(上肢・下肢)・内部・知的・精神・発達		
希望日	<input type="checkbox"/> 坂井会場	6月 6日(土)	希望時間  <input type="checkbox"/> ① 11:00 ~ 11:50 <input type="checkbox"/> ② 13:00 ~ 13:50 <input type="checkbox"/> ③ 14:00 ~ 14:50
	<input type="checkbox"/> 丹南会場	7月 18日(土)	
	<input type="checkbox"/> 大野会場	8月 22日(土)	
	<input type="checkbox"/> 小浜会場	9月 13日(日)	
	<input type="checkbox"/> 福井会場	10月 24日(土)	
パソコン	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> センターのパソコンを使用		
支援機器	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する 読み上げソフト・支援マウス・支援キーボード その他( )		
付添	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(ヘルパー・ご家族・その他)		
聴覚障がいの方で手話通訳者の派遣を希望しますか? <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			
主な相談内容:			
同時開催 障がい者110番の「地区相談会」にて 相談をご希望の方は、右の□に✓をお入れください			<input type="checkbox"/> 希望する

<お申し込み・お問い合わせ>

福井県障害者ITサポートセンター (担当:河野・西北)

〒910-0026 福井市光陽2丁目3-22 県社会福祉センター1階

TEL:0776-27-1555 FAX:0776-25-0267

Email: itsapo@fki.fitweb.or.jp