栃木県障害者ICTサポートセンター

ＦＡＸ　０２８－６２７－６８８０　　*のついている項目は必ずご記入下さい。

パソコンボランティア派遣依頼申込書

申込日　　年　　月　　日

＊ フ リ ガ ナ						
＊ 氏　　名			性別		年代	
＊ ご 住 所						
＊ ご 連 絡 先	TEL		FAX			
	メール	@				
＊ 障害種別	☐ 視覚　　級			☐ 聴覚　　級		
＊ 必要な情報保障	☐ 手話		☐ その他		☐不要	
＊ 派遣希望日時	年　月　日　曜日　　時					
＊ 相談内容	機器名：　　アプリ名： 状況：					
その他 （連絡をとれる時間帯など）						
※対応方法 この欄は記入 しないで下さい	☐持込　希望日時　　年　月　日　曜日　　時					