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**

**●視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） |  |
| 当日の付き添いの有無 | 🞎 有　 | 🞎 無　　 |

参加したい講座に○をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地区・開催日 | ①県央・12/2（金） | ②県南・12/12（月） | ③県北・11/11（金） |
| 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。