

令和 7 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	☐ 坂井会場	6 月 21 日(土)	希望時間 ☐ ① 11:00 ~ 11:50 ☐ ② 13:00 ~ 13:50 ☐ ③ 14:00 ~ 14:50
	☐ 武生会場	7 月 5 日(土)	
	☐ 大野会場	8 月 23 日(土)	
	☐ 敦賀会場	9 月 6 日(土)	
	☐ 福井会場	10 月 25 日(土)	
パソコン	☐ 持参 ☐ センターのパソコンを使用		
支援機器	☐ 使用しない ☐ 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	☐ なし・ ☐ 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？ ☐ する ☐ 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			☐ 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