

視覚障がい者パソコンサポーター養成講習会受講申込書

令和 年 月 日

岩手県立視聴覚障がい者情報センター所長 様

ふりがな
申込者氏名

次のとおり視覚障がい者パソコンサポーター養成講習会の受講を申し込みます。

住 所	〒			
電話番号①	-	-	電話番号②	-
Eメール				
生年月日	年	月	日 (歳)	性別 男 ・ 女
パソコンの 取得資格	1 福祉情報技術コーディネーター () 級 2 その他 ()			
パソコン使用歴	1. 1年未満 2. 1年以上3年未満 3. 3年以上			
特記事項	(奉仕・ボランティア活動の実績などを記載してください)			
備 考				