

I Tホームティーチャー派遣申込書

住 所	〒		
ふりがな		生年月日	年 月 日 歳
氏 名		性 別	男 女
電話番号		携帯電話	
F A X		メ ー ル	
身体障害者手帳	岐阜県	第 号	等 級 級
障がい名			
受講に際しての確認事項			
<p>1 障がい等の状況</p> <p>○視覚について<障害あり・障害なし></p> <p style="padding-left: 20px;">(点字を使用している・点字は使わない)</p> <p style="padding-left: 20px;">(画面は見えない・画面が見づらい・問題なし)</p> <p>補足事項：</p> <p>○上肢について<障害あり (両手・右・左)・障害なし></p> <p style="padding-left: 20px;">キーボードは押せますか (はい・いいえ)</p> <p style="padding-left: 20px;">マウスは操作できますか (はい・いいえ)</p> <p>補足事項：</p> <p>○その他 (受講にあたって配慮して欲しいことがあればお書きください。)</p>			

2 パソコンについて

○パソコンはお持ちですか (はい・いいえ)

「はい」の方は以下にお答えください。

パソコン経験年数： 年 月程度

パソコン機種名：

OS：WindowsVista・Windows7・Windows8・その他 ()

メールアドレスをお持ちの方はお書きください。

E-mail ()

3 受講希望の曜日や時間帯があれば、参考のためお書きください

4 パソコンを活用してどんなことがしたいか希望があればお書きください

5 ご自宅までの略図を記入してください

福祉メディアステーションITホームティーチャーの派遣を申し込みます。

平成 年 月 日

氏名

※個人情報については、目的の範囲を超えて、他者への提供や利用を行うことはありません。