

肢体障害者 I C T 機器体験・相談会 申 込 書

| | | | |
|---------------------------|---|-----|-----|
| ふりがな 氏 名 | | | |
| 住 所 | 〒 ※番地、建物住所、部屋番号までご記入ください。 | | |
| 電 話 (携帯) | F A X | | |
| メ ー ル | | | |
| 障 害 名 | ※障害がない方は無記入 | 等 級 | 種 級 |
| 職 種 障害特性 配慮事項 など | | | |
| 個人情報 について | 当日の様子を写真や動画に撮り、会報やホームページ、SNS 等に掲載します。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない | | |
| アンケート | 今後、障害者の社会参加や I C T 事業に関する周知案内が必要ですか？ ※詳細は当会ホームページ「参加募集ページ」参照 <input type="checkbox"/> 必要（メール） <input type="checkbox"/> 必要（郵送） <input type="checkbox"/> 不要 | | |

14:30～16:00 支援機器の体験と同時に個別相談を受け付けています。
相談を希望される方は、希望時間にチェックし、相談内容を記載してください。
当日の対応もできますが、混雑状況によりお待ちいただく可能性があります。
 14:30～15:00 15:00～15:30 15:30～16:00

[相談内容] 障害や疾患名等差し支えない程度に記載してください。

申込〆切 8月31日(土)

※上記の個人情報は、本事業以外の目的では使用しません。

※ご不明な点や事前に確認したい事項がありましたら下記事務局まで早めにお問合せください。

【事務局】山口県障害者社会参加推進センター（障害者 I C T サポートセンター）
〒753-0072 山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館
Tel : 083-928-5432 Fax : 083-928-5436
メール : webmaster@syogai35.com