

熊本県障がい者 I C T サポートセンター 行
Fax : 096-237-8100 Mail : sikaku-k@titan.ocn.ne.jp

令和 年 月 日

令和 7 年度熊本県障がい者 I C T サポーター養成研修会

申込書

熊本県障がい者 IT サポーター養成研修会に申し込みます。

(ふりがな) 氏 名	() 歳		
住 所			
携帯番号		FAX	
メールアドレス 【添付ファイルが受信できるもの】			
勤 務 先			
基本的な操作等できるもの	<input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> PowerPoint		
使用中のスマホ等	<input type="checkbox"/> iphone <input type="checkbox"/> Android <input type="checkbox"/> ガラケー		
保持する資格等 (PC 関係や福祉関係)			
この研修会を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> チラシ (場所 :) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受講上の配慮希望	障がい等の理由により受講上の配慮を希望する方は、身体または障がいの状況、希望する配慮の具体的な内容を記入してください。		
今後サポーターとしての活動	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		

※いただいた個人情報は、本研修及び研修修了後に ICT サポーターとして活動いただく場合以外には使用しません。