

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 I C T 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。