横浜市障害者社会参加推進センター　ＩＴ事業　宛

パソコン相談室申込書

申請日　令和2年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 連絡先 |
| 住所 |
| 相談希望日（翌週までの予約可、1週２コマまで）　　　　月　　　　日　　　曜日　　　　　　　　　 | □10：30～12：00□13：00～14：30□14：35～16：05 |  |
| 相談希望日（翌週までの予約可、1週２コマまで）　　　　月　　　　日　　　曜日　　　　　　　　　 | □10：30～12：00□13：00～14：30□14：35～16：05 |  |

※1コマ90分

6月相談室開室日　　　　　　　　　　　　7月相談室開室日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | 10 | 11 | 12 |  |  |
| 15 |  |  |  | 19 | 20 |  |
| 22 |  |  |  |  | 27 |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
|  |  |  | 9 | 10 | 11 |  |
| 13 |  | 15 |  | 17 | 18 |  |
| 20 |  |  |  |  | 25 |  |
| 27 |  | 29 |  | 31 |  |  |

印は視覚に障害のある方の相談日

以下のことにご承諾いただき、お申込みください。（□に✓をお願いします）

□マスク着用と手の消毒をお願いします。

□体調のすぐれない方の入室はできません。

□都合により、相談室を中止する場合があります。

□相談時間終了後、速やかに退出をお願いします。

□翌週の予約は、前の週の月曜日からとします。

□1週間に予約利用できるコマ数は2コマまでとなります。

以上承諾して申し込みます。　　サイン

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局記入欄 |  |
|  |  |

≪申込方法≫

電話・FAX・窓口にて

　受付時間：月～金　9：30～16：30まで

≪申込・問合せ先≫

電話045-475-2060浜身連

FAX045-475-2064

〒222-0035横浜市港北区鳥山町1752

横浜ラポール３階

横浜市障害者社会参加推進センター　IT事業