

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	<input type="checkbox"/> 10:30~12:00 <input type="checkbox"/> 13:00~14:30 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 10:30~12:00 <input type="checkbox"/> 13:00~14:30 <input type="checkbox"/> 14:35~16:05	

※1コマ90分

6月相談室開室日

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

7月相談室開室日

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 _____

《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

事務局記入欄	