

滋賀県立聴覚障害者センター宛(FAX 077-565-6101)

= I T 相 談 申 込 書 =

氏名	
FAX 番号	
メールアドレス	
相談日の希望	第1希望 月 日 () : ~ : 第2希望 月 日 () : ~ :
相談内容	パソコン・スマートフォン・電話リレーサービス・ アイドラゴン4・ネットワーク・その他 (具体的に、ご記入ください。)

