**滋賀県立聴覚障害者センター宛(FAX　077-565-6101)**



**＝ＩＴ相談　申し込み書＝**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 |  |
| FAX番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 相談日の  希望 | 第１希望　　月　　日（　　　）　午前・午後　　　：　　　～　　　：  第２希望　　月　　日（　　　）　午前・午後　　　：　　　～　　　： |
| 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。） |