

## 中津川市立図書館視覚障がい者等サービス利用登録申請書

年　月　日

中津川市立図書館長 様

申請者名 \_\_\_\_\_

申請者住所 \_\_\_\_\_

登録者との関係 \_\_\_\_\_

視覚障がい者等サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

## 1 利用するサービス

- (1) 音訳図書等、点字図書等の貸出  
 (2) 郵送貸出

## 2 登録者

フリガナ			性別	男・女
氏名				
生年月日	年　月　日			
現住所	〒			
電話番号	自宅 ( ) -	携帯 - - -		

## 3 代理人

フリガナ			登録者との 関係	
氏名				
現住所	〒			
電話番号	自宅 ( ) -	携帯 - - -		

## 4 障がいの内容

障がいの内容	証明書等	
視覚障がい者	身体障害者手帳	級
視覚による表現の認識に障がいのある者	利用登録確認リスト	
その他		

※証明書のコピーを添付してください。

受付者