

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	
-----	--