

## 字幕(手話)ビデオテープ借受申込書

年 月 日

堺市立健康福祉プラザ 視覚・聴覚障害者センター  
聴覚障害者情報提供施設長 殿

下記のとおり申し込みますので、字幕ビデオテープを郵送してください。

**【第1希望】**

記号／番号	題 名	メディア
		DVD・VHS
		DVD・VHS
		DVD・VHS
		DVD・VHS
		DVD・VHS
		DVD・VHS

【第1希望】の作品がすべて、そろわない時はどうしますか？ 1～3の番号に○をつけて下さい。

1. 今、貸出できるものだけで良いので送ってほしい。
2. 全部そろうまで待つ。
3. 代わりに【第2希望】に記入した作品を送ってほしい。

**【第2希望】**

記号／番号	題 名	メディア
		DVD・VHS
		DVD・VHS

字幕(手話)ビデオテープの送付先を記入してください。

登録番号	氏名(団体名)	FAXまたはTEL
郵送先 〒		

※借りたDVD・VHSの複製(コピー)や、無断で他の人に貸すことは禁止されています。

※DVD・VHSはみんなの財産です。大切に扱ってください。壊した時、失くした時は、借りた人に賠償責任があります。

※申込書に記載された個人情報厳重に管理し、目的以外には使用しません。

記 事 入 欄	登 録 年 月 日	登 録 番 号	備 考
	年 月 日		