

様式第1号（第4条関係）

ビデオライブラリー利用登録申請書

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

聴覚障害者ビデオライブラリーを利用したいので、堺市聴覚障害者ビデオライブラリー貸出要綱第4条の規定による登録について、下記のとおり申請します。

個人 申し 込み 用	氏名		保護者氏名			
	住所 〒 市 区 町					
	FAX		TEL			
	生年月日 年 月 日					
	聴覚障害 有 無		障害者手帳 有 無		必要とするサポート 字幕 手話	
	勤務先・学校		名称 所在地 〒 堺市 区 町			
団体 申し 込み 用	名称					
	所在地 〒 堺市 区 町					
	代表者名			担当者名		
	FAX			TEL		

※身体障害者手帳をお持ちの方は、提示してください。

※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 入 欄	事 務 局	登録年月日		登録番号		備考	
		年	月	日			