

(様式1号)

ビデオライブラリー等利用登録申込書

(ビデオテープ・DVD・図書)

平成 年 月 日

島根県聴覚障害者情報センター所長 様

ビデオライブラリー等を利用したいので、次のとおり登録を申し込みます。

個人	フリガナ		生 年 月 日	明 大 昭 平	性 別	男 女	保護者名	
	氏名			年 月 日				
	利用者区分	<input type="checkbox"/> ろうあ者 <input type="checkbox"/> 難聴者 <input type="checkbox"/> 盲ろう者 <input type="checkbox"/> その他						
	住所	〒 — 市 町 番地 県 郡 村						
	身体障害者 手帳番号 及び等級	都道府県 第 号		手話通訳者 等区分		<input type="checkbox"/> 手話通訳者 <input type="checkbox"/> 手話奉仕員 <input type="checkbox"/> 手話通訳士 <input type="checkbox"/> 要約筆記者 <input type="checkbox"/> 要約筆記奉仕員		
	身体障害者等級表による級別		級					
団体	名 称							
	所 在 地	〒 — 市 町 番地 県 郡 村						
	代表者名			担当者名				

(注)太線の中だけ記入してください。

保護者欄は、聴覚障害者が18歳未満の場合のみ記入してください。

※ここは記入しないでください。

所 長	所 員	担 当 者	受 付 日	登 録 日	登 録 番 号	登 録 台 帳 記 載	備 考
印	印	印				印	