

島根県西部視聴覚障害者情報センター点字図書館利用登録申込書

受付日 平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	性別
名前		明 大 昭 平 年 月 日	男 女
住所	〒		
連絡先	電話番号（携帯電話）	FAX 番号	
インターネット状況	インターネットへの加入 未 ・ 済 メールアドレス： サピエ加入 未 ・ 済 （サピエ ID ）		
障害者手帳	有 （ 種 級 ） 無 （別紙 ）	点字触読 可 ・ 不可	
所有機器			
備考	好きな作家・ジャンルなど 郵送形態の希望（袋・ケース・拡大表記）		

(登録ID )

センター使用欄

所長	業務スタッフ	担当