

ビデオライブラリー利用登録申込書(新規 ・ 変更)

高知県聴覚障害者情報センター所長 様

ビデオライブラリーを利用したいので、つぎのとおり登録(新規・変更)を申し込みます。

個人	ふりがな 氏名		保護者	
	住所	〒	県	市郡 町村
	電話		FAX	
	生年月日		性別	男 ・ 女
	身体障害者手帳		都府 道県	第 号

団体	名称			
	所在地	〒	県	市郡 町村
	電話		FAX	
	代表者名		担当者名	

* 保護者の欄は、聴覚障害者が18歳未満の場合のみ記入して下さい。

※この欄は記入しないで下さい

受付日	年 月 日	登録証 渡し日	年 月 日
利用者 区分	個人 団体	受付者	
聴覚 一般		PC入力	年 月 日