

(様式1)

ビデオライブラリー利用登録申込書

平成 年 月 日

滋賀県立聴覚障害者センター所長 殿

貴センターのビデオライブラリーを利用したいので、下記のとおり登録を
申し込みます。

記

個人 申込 用	フリガナ 氏名		保護者	
	住所	〒 TEL () - FAX () -		
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	聴覚障害	有 ・ 無	所属団体	
	備考			
団体 申込 用	名称			
	所在地	〒		
	担当又は 代表者		TEL () - FAX () -	
	備考			

- ・保護者の欄は聴覚障害者が18才未満の場合のみ記入して下さい。
- ・身分証明書及び身体障害者手帳をご提示下さい。

ここは記入しないで下さい

受付日	受付者	登録番号	備考
-----	-----	------	----