

ビデオライブラリー利用登録申込書

申込日 年 月 日

福島県聴覚障害者情報支援センター所長 様

下記のとおり、ビデオライブラリーの利用登録を申し込みます。

<個人> ※保護者欄は登録者が未成年の場合のみ記入

ふりがな			
氏名			
保護者			
住所	〒 ー		
FAX番号			
生年月日		性別	男 ・ 女
身体障害者 手帳番号			

<団体>

ふりがな			
団体名			
代表者名			
代表者住所	〒 ー		
代表者連絡先	TEL	FAX	

※下記は職員が記入

受付日	登録番号	受付担当者