（様式１）

視聴覚障害者情報センター利用登録申込書(聴覚部門)

令和　　　年　　月　　日

鹿児島県視聴覚障害者情報センター長　殿

聴覚障害者用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。

<table>
<tr><td rowspan="6">個人申込</td><td>ふりがな
名　前</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">〒　　　　－</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td><td>ファックス番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>身体障害者
手帳番号</td><td colspan="4">都　道
府　県　市　第　　　　　　号</td></tr>
<tr><td>ふりがな
保護者名</td><td colspan="4">申請者が１８歳未満の場合のみ、ご記入ください。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">団体申込</td><td>ふりがな
名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>ふりがな
代表者</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地
（事務局）</td><td colspan="3">〒　　　　－</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td><td>ファックス番号</td><td></td></tr>
<tr><td>活動内容</td><td colspan="3">(別途、代表者名及び事務局住所が記載された会則の添付をお願いします)</td></tr>
</table>

□　裏面個人情報についての使用に同意します。

署名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□ 裏面個人情報について説明しその使用について同意をもらいました。

署名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）