

(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)

平成 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。

個人 申込	住所	〒 -				
		電話番号( ) -				
		FAX番号( ) -				
	ふりがな 氏名	保護者				
生年月日	(明・大・昭・平)	年	月	日	性別	男・女
身体障害者手帳番号	都 道 府 県 市 第					
団体 申込	名称					
	所在地	〒 -				
	代表者名					
	電話番号	( ) -	FAX番号	( ) -		

\* 保護者の欄は、聴覚障害者が18歳未満の場合のみ記入すること。