

(様式 第1号 身体障害者手帳所持聴覚障害者・児、保護者)

ビデオライブラリー登録申込書

令和 年 月 日

兵庫県立聴覚障害者情報センター 御中

兵庫県字幕付ビデオライブラリー利用を希望し、下記のとおり登録、申し込みいたします。

記

| | | | |
|----------|--------------------------------|----------------------------|-----|
| 個人 申込 | (ふりがな) 氏名 | | 印 |
| | (ふりがな) 保護者氏名 | ※ | 印 |
| | 住所 | (〒 -) TEL.() - FAX. - | |
| | 生年月日 | (明・大・昭・平・令) 年 月 日 生まれ | |
| | 身体障害者手帳 | 都・道・府・県・市 | 第 号 |
| | 所有するプレーヤーの種類 | ビデオプレーヤー ・ DVDプレーヤー | |
| | ※保護者欄は、聴覚障害者が18歳未満の場合にご記入ください。 | | |

※下の欄は記入しないでください。

| | |
|--------------|---------------|
| 登録者確認 (確認者) | |
| 登録番号 | (コ・ソ・ダ・ベ -) |
| 登録者証の発行 | (令和 年 月 日 済み) |
| データ入力 | (令和 年 月 日 済み) |