

(様式 第2号 身体障害者手帳の交付を受けていない聴覚障害者・児、保護者、聴覚障害者福祉活動従事者)

ビデオライブラリー登録申込書

令和 年 月 日

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。

個人 申 込	(ふりがな) 氏名	
	(ふりがな) 保護者氏名	※
	住所	(〒 -) TEL.() - FAX. -
	※郵便等の送付先が上記と違う場合はご記入ください。 	
	郵便等の 送り先	(〒 -) TEL.() - FAX. -
	生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日 生まれ
	聞こえの様子	手帳未交付難聴者 ・ 聴覚障害者福祉活動従事者(健聴者)
	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。	

※ 保険証に従事施設が記載されている場合は、申請時に提示してください。

職員の確認により、代表者の印省略を許可 (確認者印)

聴覚 障害 者 福 祉 活 動 従 事 者	所属の施設、 サークル名	(ふりがな)
	代表者氏名	(ふりがな)
	所在地、 活動場所	(〒 -) TEL.() - FAX. -

※下の欄は記入しないでください。

登録者確認 (確認者)	
コミュニケーション方法	A 補聴器 B 集音器 C 筆談 D 手話 E 人工内耳 平均聴力レベル 右 dB 左 dB (検査日: 年 月)
身分証書	運転免許証 ・ 健康保険証 ・ 学生証(学校名) ・ パスポート
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)