

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。

聴覚障害者関係団体、学校、施設等	(ふりがな) 名 称		
	(ふりがな) 代表者氏名		
	所在地	(〒 -) TEL.() - FAX. -	
	(ふりがな) 申請者		
	申請者の 住所	(〒 -)	
	郵便等の 送り先	(〒 -) 下記の住所↓・団体所在地・申請者住所	
		TEL.() - FAX. -	
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		

※下の欄は記入しないでください。

登 録 者 確 認 (確認者)	
登録者	A 補聴器 B 集音器 C 筆談 D 手話 E 人工内耳 F 健聴
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)