

# ビデオライブラリー登録者申請書

登録申請日 年 月 日

岐阜県聴覚障害者情報センター所長 殿

岐阜県聴覚障害者ビデオライブラリーを利用したく、下記の通り登録を申し込みます。

## 記

フリガナ				性別	男性・女性		
利用者氏名							
生年月日	(T・S・H)	年	月	日			
フリガナ							
保護者氏名	※聴覚障害者本人が18歳未満の場合のみご記入ください						
手帳の分類	県・市	第	号	等級	級	第	種
住所	〒 _____ _____ _____						
	※マンション名等を正確に記入願います						
FAX番号	( )	—	電話	<input type="checkbox"/> 左に同じ( )	—		
E-Mailアドレス (任意)	_____ @ _____						

### ※情報センター記入欄

備考							登録者番号No.

※記入いただいた個人情報はライブラリー利用申請の登録のみに使用し、利用者本人の同意なく個人情報を上記以外の目的で利用することはありません。