

視覚障がい者用資料利用登録申込書

年 月 日

亀山市立図書館長 様

視覚障がい者用資料利用登録を申し込みます。

フリガナ		
氏 名		
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和	性 別
	西暦 年 月 日	
電 話 番 号		
住 所	〒	

該当する項目に○印を付けてください。

利用方法	<input type="checkbox"/> プレストーク等のDAISY(デイジー)プレイヤー	
	<input type="checkbox"/> その他の再生機	
利用事由	<input type="checkbox"/> 障害者手帳を所持している 視覚障害()級	
	<input type="checkbox"/> 活字をそのままの大きさでは読むことができない	
	<input type="checkbox"/> 活字を長時間集中して読むことができない	
	<input type="checkbox"/> 目で読んでも内容が分からない、又は内容を記憶することができない	
	<input type="checkbox"/> 身体の状態により、資料を持ったり、ページをめくったりすることができない	
	<input type="checkbox"/> その他資料をそのまま利用することができない	

署名欄

本人 氏名 _____

代理人 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

図書館記載欄	図書館利用カード番号						

決 裁	館長	受付者