

三木市立図書館視覚障害者等用データ送信サービス利用登録申請書

年 月 日

三木市立図書館長 様

三木市立図書館視覚障害者等用データ送信サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

図書館利用 カード番号			
氏名	フリガナ		
住所	〒		
連絡先	電話	FAX	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
申請理由 (通常の活字による読書が 困難な理由)			
特定録音物等郵便物 (無料の郵送貸出・返却) ※視覚障害1・2級者のみ利用可	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		

代理人

氏名	フリガナ		
住所	〒		
連絡先	電話	FAX	
本人との関係			

※代理人の「本人確認書類」が必要となります。

図書館使用欄 (以下は図書館が記入します。)

確認書類	<input type="checkbox"/> 各種手帳 ()		
	<input type="checkbox"/> その他証明書 ()		
登録日	年 月 日	担当者	