

(第1号様式)

ライブラリー利用者カード登録申請書

平成 年 月 日

下記のとおり利用カードの登録を申請します。

(※利用者番号は記入しないでください。)

※利用者番号	○	○	○						
ふりがな	せい					めい			性別
氏名	姓					名			男・女
生年月日	〔 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 〕 年 月 日								
住所	(〒 —) (アパート・マンション 棟 号)								
電話番号	(自宅 ・ 携帯 ・ 職場)		TEL	—	—				
ファックス番号	(自宅 ・ 職場)		FAX	—	—				
学校名	_____小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 大学 ・ 専門学校 _____年								
※保護者名 (小学生以下の場合)									印
※ 但し、字幕ビデオ貸出希望の18歳未満の方は、保護者の印鑑が必要となります。									
聴覚障害の有無	あり ・ なし								
※ありに○印をし、身体障害者手帳(聴覚障害)の交付を受けていない方は、確認書の記入もお願いします。									
身体障害者手帳 (聴覚障害)	県 第 号								
備考									

ライブラリーの図書・ビデオテープ・DVD等を亡失(き損)した場合は、同一または同等の物・代価で弁償します。

沖縄県社会福祉協議会 事務局長 様

確認(身体障害者手帳・免許証・保険証・学生証)

※身分証明書及び身体障害者手帳を提示してください。

(郵送・FAXの場合は、その写しを添付して下さい。)

※ここに記載された個人情報は、ライブラリー貸出業務のみに利用します。

この目的以外に利用したり、外部に提供することはありません。

受付

身体障害者手帳（聴覚障害）を持っておらず、
日常的に補聴器又は人工内耳を常用している方は、記入をお願いします。

利用要件に関する確認書

利用登録申請者 氏 名 : _____

利用登録申請者 住 所 : _____

利用登録申請者 生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

わたくしは、日常生活において補聴器又は人工内耳を常用しており貴法人が運営する字幕ビデオライブラリーの規定する、「利用者区分コード」A・B・D作品の利用者に該当する者であることに相違ありません。

【利用者区分コード 「A・B・D作品の利用者」 の規定】

身体障害者手帳（聴覚障害）の交付を受けていないもの又は児であって、日常生活において補聴器又は人工内耳を常用し、かつ、映像作品（ビデオテープ・DVD等の記録媒体をいう。）の視聴において聴覚障害者向け字幕を必要とされている方。

字幕ビデオライブラリー

〒903-0804

沖縄県那覇市首里石嶺町4丁目-373-1

(沖縄県総合福祉センター東棟2階)

TEL : 098-882-5811

FAX : 098-882-5820