島根県西部視聴覚障害者情報センター点字図書館利用登録申込書

受付日　　　平成　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 性別 |
| 名　　前 |  | 明　大　昭　平  　　年　　月　　日 | 男  女 |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 連 絡 先 | 電話番号（携帯電話）　　　　　　FAX番号 | | |
| インターネット状況 | インターネットへの加入　　未　・　済  メールアドレス：  サピエ加入　　未　・　済　（サピエID　　　　　　　　　　　） | | |
| 障害者手帳 | 有　（　　　　種　　　　級）  無　（別紙　　　　　　　　　） | 点字触読  可　・　不可 | |
| 所有機器 |  | | |
| 備　　考 | 好きな作家・ジャンルなど  郵送形態の希望（袋・ケース・拡大表記） | | |

（登録ID　　　　　　　　　　）

センター使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　長 | 業務スタッフ | 担　当 |
|  |  |  |