

視覚障がい者サービス利用登録(新規・更新)申請書

申請日 年 月 日

太線の中をご記入ください。(代筆可)

1	ふりがな 氏名				
2	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
3	住 所	〒 ー 足立区			
4	電 話	固定 携帯			
5	連絡がとしやすい 日にち・曜日・時間				
6	プライバシー (伝言の可否)	<input type="checkbox"/> 本人のみに話す <input type="checkbox"/> 家族に伝言可 <input type="checkbox"/> ヘルパー等指定の者に伝言可			
7	希望のサービス	<input type="checkbox"/> 声のおたより(デイジー版の中央図書館だより) <input type="checkbox"/> 東京都の新作情報(<input type="checkbox"/> デイジー版 <input type="checkbox"/> 活字版) <input type="checkbox"/> 対面朗読 <input type="checkbox"/> プレクストーク貸出 <input type="checkbox"/> パソコン利用			
8	点 字	<input type="checkbox"/> 読める <input type="checkbox"/> 読めない <input type="checkbox"/> その他()			
9	読みたいもの ジャンルや 作家など				
10	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有り (身体障害者手帳 級)			
11	そ の 他	<input type="checkbox"/> ポストについて: 郵送ケースが____個まで入る。 <input type="checkbox"/> 中央図書館の障がい者サービスについて知ったきっかけは何ですか?			
12	緊急連絡先	氏名	関係 (親・子・配偶者・その他)		
		電話			
13	代筆の場合は 代筆者について ご記入ください	氏名			
		住所			
		電話			
		申請者との関係【申請者の <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()】			

図書館記入欄 1 本人確認 2 登録番号 3 その他	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他() ()
--	--

決 定	館長	管理係長	図書案内係長	担当者	申請書受付者