

# ビデオライブラリー登録申込書

年 月 日

静岡県聴覚障害者情報センター長 様

静岡県聴覚障害者ビデオライブラリーを利用したいので、下記のとおり登録を申し込みます。

## 記

団 体 貸 出 用	ふりがな	
	団体名称	
	所在地	〒 -
	ふりがな	
	代表者名	
	電話番号	
	FAX番号	
備 考		
登録番号		
受付日	年 月 日	