

# 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

個人 申込 用	ふりがな		※保護者			
	氏名					
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女		
	連絡先	〒		-		
		メール				
		電話	-	-		
		FAX	-	-		
	聴覚障害の有無	あり・なし				
	身体障害者手帳	県・市	第	号		
	所属団体名					
備考						
登録番号						

※ 保護者の欄は、聴覚障害者が、18歳未満の場合のみ記入して下さい。