

ビデオライブラリー登録申込書

北九州市立聴覚障害者情報センター

センター長 様

ビデオライブラリーを利用したいので、登録を申し込みます。

※記入必須

(フリガナ) ※氏名	()	性別	年齢	歳
		男・女		
	() 聴覚障害者 () 聴覚障害児 () 一般	※生年月日	西暦	年 月 日
(フリガナ) ※保護者名	※ここは、聴覚障害者が18歳未満の場合のみ記入してください。 ()			
※住所	〒 市 区			
※連絡先	電話	FAX		
携帯アドレス				
勤務先 又は 学校名・ 学年				
※身体障害者 手帳	(番号)	(等級)	級	

個人情報の取扱いについて、登録いただいた方のお名前とご住所等は、ビデオライブラリー事業以外に利用いたしません。

ここは、記入しないでください。

受付日	受付者	登録番号	利用区分	担当	主任	センター長
/			A B C D			