

島根県立図書館 来館困難者のための郵送等貸出サービス利用登録申込書

申請日 年 月 日

本人	フリガナ		図書貸出カード番号					
	氏名							
	連絡先電話番号							

代理人が申請する場合は、以下をご記入ください。

代理人	フリガナ	
	氏名	
	現住所	〒
	連絡先電話番号	
	メールアドレス	
	登録者との関係	<input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 福祉サービス等支援者 <input type="checkbox"/> その他

登録要件の確認 該当するものに○をつけてください。	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳の交付を受けている
	<input type="checkbox"/>	療育手帳の交付を受けている
	<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている
	<input type="checkbox"/>	満年齢 75 歳以上であり、最寄りの図書館への来館が困難である
	<input type="checkbox"/>	その他 具体的にご記入ください ()

なお、お申し込みの際は、上記の登録要件を確認できる書類の写しを添付してください。

職員記入欄

受付日		受付者		利用者コード貼付
適用				
<input type="checkbox"/> 心身障害者用ゆうメール（身体障害者手帳 1～4 級、療育手帳 A）				
<input type="checkbox"/> 特定録音物等郵便物（身体障害者手帳 視覚障害 1～2 級）				
<input type="checkbox"/> 点字郵便物・点字ゆうパック（身体障害者手帳 視覚障害 1～6 級）				
<input type="checkbox"/> 聴覚障害者用ゆうパック（身体障害者手帳 聴覚障害 1～4 級）				
備考：				