

障害者サービス利用登録申込書

山梨県立図書館長 殿

年 月 日

障害者サービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。

なお、利用に際しては、貴館の諸規程を守り、係員の指示に従います。

利 用 者 番 号										
フリガナ 氏 名										

フリガナ 代理人氏名		登録者 との関 係	
住 所	〒		
電 話 番 号	自宅	携帯電話	
FAX・Eメール	FAX	Eメール	

(図書館記入欄)

チェック欄	確認事項
	身体障害者手帳の所持 []級
	精神障害者保健福祉手帳の所持 []級
	療育手帳の所持 []級
	医療機関・医療従事者からの証明書がある
	福祉窓口等からの障害の状態を示す文書がある
	職場から障害の状態を示す文書がある
	学校における特別支援を受けているか受けていた
	福祉サービスを受けている
	ボランティアのサポートを受けている
	家族やヘルパーに文書類を読んでもらっている
	活字をそのままの大きさでは読めない
	活字を長時間集中して読むことができない
	目で読んでも内容がわからない、あるいは内容を記憶できない
	身体の病臥状態やまひ等により、資料を持ったりページをめくったりできない
	その他、原本をそのままの形では利用できない

希望するサービス	代読・録音図書等利用・サピエ利用・機器利用・複製・郵送貸出		
手帳所持	無 / 身 () ・精 ・療 級 手帳No.		
保有機器	カセット・デジター (機種) ・CD	点字使用	可 / 否
		受付者	調査担当

※「個人情報の保護に関する法律」及び当館の「個人情報保護の方針」に基づき、個人情報は適切に取り扱います。