

(様式第1号)

聴覚障がい者映像ライブラリー利用登録申込書

平成 年 月 日

公益社団法人鳥取県聴覚障害者協会 御中

聴覚障がい者映像ライブラリーを利用したいので、次のとおり登録を申し込みます。

個人	フリガナ				※本人との関係
	氏名		※保護者		
	住所	〒	市郡	町村	
		電話 ()	—	FAX ()	—
	身体障害者手帳		鳥取県 第		号
団体	名称				
	所在地	〒	市郡	町村	
		電話 ()	—	FAX ()	—
	代表者名		担当者名		

(注) 利用者が18歳未満の場合は、保護者・本人との関係を記入して下さい。

*ここから下は記入しないでください

事務局長	所長	担当者	受付日	登録番号	登録日	備考