

ビデオライブラリー連絡書（FAX用）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

送信者氏名	
送信者FAX番号	

(1) 貸出希望番組 ※分類番号は必ずご記入ください。

分類番号	番組名
① 第1希望	
② 第2希望	
③ 第3希望	

(2) その他

●字幕挿入を希望するテレビ・映画

番組名・映画タイトル	放送年度・時間	放送チャンネル・上映会社
①		
②		
③		

●映像・音声に乱れのあるテープがありましたらご記入ください。

分類番号	番組名

宛先 茨城県立聴覚障害者福祉センター「やすらぎ」 〒310-0844 茨城県水戸市住吉町349-1 TEL 029-248-0029 FAX 029-247-1369

開館時間 午前9時～午後5時
休館日 月曜日午後・火曜日・ 祝祭日・年末年始（12/29～1/3）