

# 字幕ライブラリー 利用登録申込書

令和 年 月 日

茨城県立聴覚障害者福祉センター「やすらぎ」  
センター長 殿

貴センターのビデオライブラリーを利用したいので、字幕ビデオテープ貸出規定により  
下記のとおり登録を申し込みます。

個人貸出用	住所	〒		
	氏名	◎		
	生年月日	T. S. H. 年 月 日		
	TEL		FAX	
	障害者手帳番号	都道府県 号		
	勤務先 又は 学校名	名称		
		所在地	〒	
		TEL		
	所属団体	団体名		
		所在地	〒	
TEL				
団体貸出用	名称			
	所在地	〒		
	代表者		◎	TEL
			FAX	

受付		登録年月		登録番号		備考	
----	--	------	--	------	--	----	--