

宇治市図書館 視覚障害者サービス利用者登録申込書

宇治市中央図書館長 あて

視覚障害者サービスを利用したいので、次のとおり利用者登録を申し込みます。

年 月 日

利用するサービスに○をしてください。

対面朗読	視覚障害者用資料	視覚障害者専用電子図書館
------	----------	--------------

※「視覚障害者専用電子図書館」は、宇治市在住の方のみご利用いただけます。

太枠の中だけご記入ください。

フリガナ		生	西暦・大正・昭和・平成・令和
氏名		年月日	年 月 日
住所	〒		
電話番号	自宅	携帯電話	
市外の方は 勤務先又は学校名	勤務先等電話番号		

保護者又は代理人が申込む場合はご記入ください。

フリガナ		続柄	
氏名			
申込人の住所と異なる場合はご記入ください。			
住所	〒		
電話番号	自宅・勤務先・携帯 その他()		

<必要書類> この申込書と、下記の書類を提出してください。

- ・身体障害者手帳の写し(氏名、生年月日、現住所、障害名の記載のある面)
- ・宇治市外の方は、市内に在勤・在学していることがわかるもの(社員証・学生証など)の写し
- * ご記入いただいた個人情報は、適正かつ厳重に管理を行い、本サービス以外の目的には使用しません。

この欄は記入しないでください。

在住	身体障害者手帳	カードNo.	備考	受付者
在勤	視力障害 () 級 視野障害 () 級			
在学	その他()			