

鎌ヶ谷市立図書館 障がい者サービス(郵送・宅配)申込書

太枠内のみご記入ください

申込日	年 月 日	利用者コード									
フリガナ											
氏名											
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和								年	月	日
住所	〒 鎌ヶ谷市										
電話番号1	0.なし 1.自宅 4.携帯 5.FAX 6.その他() ()										
電話番号2	0.なし 1.自宅 4.携帯 5.FAX 6.その他() ()										
証明書	証明書について市役所の担当部署への照会					<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない					
	身体障害者手帳		視覚	1級	2級	3級	聴覚	2級			
			肢体	1級	2級	3級	内部	1級	2級		
	精神障害者保健福祉手帳		1級								
	療育手帳		最重度A1		A2	重度A1		A2	児童A		
	要介護		5	4	3	2	1				
その他											
申込者が18歳以下の場合 保護者名	フリガナ										

代理の方が申し込まれる場合は、ご記入ください(※代理人とは申込者に代わって図書館利用を行う方です。)

代理人氏名	フリガナ									
代理人住所	〒									
代理人電話番号	0.なし 1.自宅 2.勤務先() 4.携帯 5.FAX 6.その他() ()									
申込者との関係	1.同居親族() 2.別居親族() 3.その他()									
私は、上記の者を代理人として、鎌ヶ谷市立図書館の利用登録を申請します。また、貸出状況など個人情報に関することを、代理人に開示することを了承します。										
申込者署名	() 代筆									

図書館記入欄	受付者		利用者カード	館保管	利用者(代理人)保管			
受付方法	来館 (本人・代理人)		郵送	FAX	電話	その他		
連絡方法	電話可 否()		資料	図書	点字	音声	大活字	その他()
備考								

鎌ヶ谷市立図書館

〒273-0124

電話 047-443-4946

鎌ヶ谷市中央1-8-35

FAX 047-498-5191

館長		館員		確認	
----	--	----	--	----	--