

# 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	
----	--	----	--	----	--