

様式1号（第3条関係）

新城図書館郵送貸出サービス利用登録申請書

(あて先) 新城図書館長

郵送貸出サービスを利用したいので、 次のとおり申請します。		申 請 年月日	年 月 日	
フ リ ガ ナ				貸出カード登録番号
氏 名				
住 所	〒 一			
生 年 月 日	大 昭 平 令	年 月 日	性 別	男 女
フ リ ガ ナ				
保 護 者 氏 名 (中学生以下の場合)				
電 話 番 号	自宅 携帯	一 一		
申 請 要 件 該当に○を つけてください		(1) 身体障害者手帳の障害程度等級が1級又は2級		
		(2) 療育手帳の障害の程度がA判定		
		(3) その他 []		
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳写し	<input type="checkbox"/> 療育手帳写し	<input type="checkbox"/> その他 ()	
※受付年月日	年 月 日	※システム入力	未 ・ 済	※受付者

備考

- 1 太枠内をご記入ください。※印は職員が記入します。
- 2 この申請書に記載された個人情報は、貸出、返却、予約等の図書館業務以外で使用することはありません。