

登録番号	
------	--

## ビデオライブラリー利用登録申込書

奈良県聴覚障害者支援センター所長 様

ビデオライブラリーを利用したいので、下記のとおり登録を申し込みます。

### 【個人】

氏名		保護者	
住所	〒		
電話		FAX	
生年月日		性別	男 ・ 女
身体障害者手帳	都 道 府 県	第	号

### 【団体】

団体名			
所在地	〒		
代表者名			
電話		FAX	

※登録番号は記入しないで下さい。

※保護者の欄は、聴覚障害者が18歳未満の場合のみ記入下さい。

奈良県聴覚障害者支援センター記入欄 (※この欄は記入しないで下さい)

受付日	年 月 日	登録証渡し日	年 月 日
利用者区分		受付者	