

ビデオライブラリー登録申込書

平成 年 月 日

(社福)石川県聴覚障害者協会 理事長 殿

石川県聴覚障害者協会ビデオライブラリーを利用したいので、下記の通り登録を申し込みます。

個人 申し込み 用	住所	〒		
	FAX	()	TEL	()
	氏名	印	保護者 氏名	印
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	性別 男・女
	身体障害者手帳	石川県 第 号		
	勤務先・ 学校	名称		
所在地		〒		
FAX			TEL	
団体 申込用	名称			
	所在地	〒		
	代表者	印	担当者名	印
	FAX		TEL	

保護者の欄は聴覚障害者が業務教育終了前の場合、記入して下さい。

センター記入欄

登録ID		登録日	
------	--	-----	--