

障害者サービス登録用紙

貸出券番号

--	--	--	--	--	--	--

ふりがな	
氏名 (なまえ)	
生年月日 (うまれたとしひにち)	西暦・和暦(大・昭・平) 年 月 日生
電話 (でんわ)	() 自宅・勤務先・携帯・呼出・ファックス・なし (聴覚・言語障害、他、電話が使用できないかたはファックス可)
住所 (じゅうしょ)	〒
障害者手帳をお持ちのかた (しょうがいしゃてちょうをもっているひと)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 視覚(級)・ <input type="checkbox"/> 上肢(級)・ <input type="checkbox"/> 下肢(級) <input type="checkbox"/> 体幹(級)・ <input type="checkbox"/> その他() ※身体障害者手帳をお持ちで、身体障害が重複されている場合、それぞれの障害の種類と級を書いてください。 ※再認定期日があるかたのみ 再認定期日(年 月) <input type="checkbox"/> 愛の手帳(療育手帳)(1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) <input type="checkbox"/> 有効期限(年 月) 種別(1種・2種)
障害者手帳をお持ちでないかた (しょうがいしゃてちょうをもっていないひと)	図書館を利用するのに困難な理由・事情などを記載してください。
希望する資料とサービス (よみたいほんや、やってほしいこと)	対面朗読・音訳資料・点訳資料・大活字本・布の絵本 来館・配本・郵送 その他()
点字	読めない 読める(文章が読める メモ程度なら読める)
コミュニケーション方法等	※会話をするのに困難な障害がある場合、○を付けてください 筆談・手話・指点字・触手話・会話補助装置 その他()

聴覚・言語障害のあるかたで、メールでの連絡を希望されるかたは、メールアドレスとパスワードの登録をお願いします。

受付職員・スタッフへ：読み書きが難しいかたにはプライバシーに配慮した上で代筆してください。

裏面あります

※図書館使用欄

備 考	
-----	--

受付館 _____ 受付者 _____

受付年月日 _____

障害者サービス登録を受け付け後、下記の書類を八雲中央図書館障害者サービス担当職員にお送りください。

- ①障害者サービス登録用紙
- ②利用登録確認項目リスト
- ③利用登録確認項目リスト④～⑦の書類があるかたはそのコピー

障害者サービス担当職員確認欄

- 個人2 変更
- 配本希望者へ、訪問（予定日 _____）