様式第１号（第４条関係）

視覚障害者等図書利用カード申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□ 新規　　□ 再発行　　□ 変更** | | | | 申込日 | | 令和　　年　　　月　　日 | |
| フリガナ |  | | | | | | 性別 |
| 氏 　名 |  | | | | | | 男　・　女 |
| フリガナ |  | | | | カード番号  ※新規の場合は  記入不要です。 | |  |
| 改姓後の  氏　　名 | ※該当の方のみご記入ください。 | | | |
| 生年月日 | １.大正 ２.昭和 ３.平成　４.令和　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 住 所 | 〒　　　　－  ※アパート・マンション名等も省略せずにご記入ください。 | | | | | | |
| 電話番号 | １　自　宅  ２　呼　出 | －　　　　　　　－ | | | | | |
| ３　携　帯 | －　　　　　　　－ | | | | | |
| 連絡がとりやすい日にち・曜日・時間 | |  | | | | | |
| e - mail | ＠ | | | | | | |
| 職 業 | １．乳幼児　　２．児童・生徒（小中高） ３．学生・専門学校生  ４．会社員　　５．公務員団体職員 　６．自営 　　７．その他 | | | | | | |
| 帰省先  ※学生の方は必ずご記入ください。 | 〒　　　－ | | | | | | |
| 電話番号 | | －　　　　　　　－ | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | ※代理人には、当館からご本人に連絡が取れない場合に、ご連絡を取りご協力を仰ぐことがあります。 | | | |
| ※代理人が福祉施設等の職員やヘルパーの場合は、下記の氏名・住所・電話番号をそれぞれ所属する施設の名称・所在地・電話番号に代えて申請できます。 | | | |
| フリガナ | |  | 本人との関係（親・子・その他） |
| 氏　　名 | |  |  |
| 〒　　　－ | | | |
| 電話番号 | －　　　　　　　－ | | |

※　この用紙により収集する個人情報は、利用カードの発行とそれに付随する業務にのみ使用す　ることを目的としており、目的以外には使用しません。

（事務用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人  証明書 | １．ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　２．運転免許証　３．健康保険証　４．学生証・生徒手帳  ５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 代理人  証明書 | １．ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　２．運転免許証　３．健康保険証 ４．学生証・生徒手帳  ５．施設が発行した書類等 ６．その他（　　　 　　 　　　　　　　　 ） | | | |
| 備 考 |  | | 登録区分  変　　更  （チェック） | ※登録区分変更の場合、チェックを入れること。 |
| カード番号 | |  | 受付者 |  |
| 旧カード番号 | |  | 登　録 |  |
| 再発行カード番号 | |  |