

視覚障害者等図書利用カード申込書

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 再発行	<input type="checkbox"/> 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. マイナンバーカード 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. マイナンバーカード 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			