

《様式1》

## マルチメディアデージー図書利用登録・郵送貸出申込書

佐賀県立図書館長 様

マルチメディアデージー図書に関する貸出要領・(身体障害者郵送貸出サービス要領)を守り、マルチメディアデージー図書貸出を申し込みます。

太枠の中だけご記入ください。 図書館利用者カードをお持ちの方は、利用者番号をご記入ください。

利用者番号		申請日	令和	年	月	日
-------	--	-----	----	---	---	---

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日生
氏名						
連絡先 詳細 (必要に応じ)	電話番号(その他) ( )	—	種別			
	FAX番号 ( )	—				
	メールアドレス					
郵送希望(登録住所)		有	無			
その他の連絡先 (勤務先・学校名・帰省先等)	勤務先・学校名・帰省先					
	TEL ・ FAX ( )	—				

保護者または代理人が申請する場合は下記にもご記入ください。

フリガナ		続柄	
氏名			
現住所	〒		
電話番号	自宅・勤務先・その他 ( )	( )	—

(図書館確認欄)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の所持 [ ] 級(注)  | <input type="checkbox"/> 学校における特別支援を受けているか受けていた       |
| <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳の所持 [ ] 級    | <input type="checkbox"/> 福祉サービスを受けている                 |
| <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳)の所持 [ ] 級  | <input type="checkbox"/> ボランティアのサポートを受けている            |
| <input type="checkbox"/> 医療機関・医療従事者からの証明書がある  | <input type="checkbox"/> 家族やヘルパーに文書類を読んでもらっている        |
| <input type="checkbox"/> 福祉窓口等から障害の状態を示す文書がある | <input type="checkbox"/> 活字をそのままの大きさでは読めない            |
| <input type="checkbox"/> 学校・教師から障害の状態を示す文書がある | <input type="checkbox"/> 活字を長時間集中して読むことができない          |
| <input type="checkbox"/> 職場から障害の状態を示す文書がある    | <input type="checkbox"/> 目で読んでも内容が分からない、あるいは内容を記憶できない |

注(身体障害者手帳における障害の種類)

視覚、聴覚、平衡、音声、言語、咀嚼、上肢、下肢、体幹、運動-上肢、運動-移動、心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸、免疫など(身体障害者福祉法別表による)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 身体の病臥状態やまひ等により、資料を持ったりページをめくったりできない |
| <input type="checkbox"/> その他、原本をそのままの形では利用できない               |
| <input type="checkbox"/> 来館が困難と認められる⇒郵送サービス対象                |

確認印

受付者

※この申込書に記載された内容は、マルチメディアデージー図書の提供サービスのためにのみ使用します。