

録音図書等貸出・対面朗読利用登録申請書

東久留米市立図書館長 殿

申請日

年

月

日

申請区分 (○で囲んでください)	新規 ・ 変更 ・ 抹消	利用カード番号	
ふりがな			
氏 名			
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
住 所	〒 -		
電話番号			
FAX番号	※FAXでの連絡を希望される場合		
区 分 (○で囲んでください)	在住 ・ 在学 ・ 在勤	伝言の可否 (☑してください)	☐ 本人のみ ☐ 伝言可
申請理由 (☑してください) ※裏面のリストも 記入してください	☐ 視覚障害がある ☐ その他 特記事項があれば、以下にご記入ください 		
希望するサービス (☑してください)	☐ 録音図書等貸出 ☐ 対面朗読	対面朗読希望館 (☑してください)	☐ 中央図書館 (対面朗読室) ☐ 東部図書館 (録音室)
代筆の場合は、代筆者についてご記入ください。			
氏 名		申請者との続柄	

ご記入いただいた個人情報は、ハンディキャップサービス利用に関する事務以外の目的には使用いたしません。

図書館記入欄

受付日	年 月 日	受付館	中 滝 ひ 東	受付者	
入力日	年 月 日	備 考			
確認日	年 月 日				

利用登録確認項目リスト

該当する項目に☑してください。また、手帳を所持している方は等級を記入をしてください。

*がある項目については、事実が確認できる書類等を合わせてご提示ください。

☑欄	確認事項	図書館 確認欄
☐	身体障害者手帳の所持 [] 級 *	
☐	精神障害者保健福祉手帳の所持 [] 級 *	
☐	療育手帳の所持 [] 級 *	
☐	医療機関・医療従事者からの証明書がある *	
☐	福祉窓口等から障害の状態を示す文書がある *	
☐	学校・教師から障害の状態を示す文書がある *	
☐	職場から障害の状態を示す文書がある *	
☐	学校における特別支援を受けているか受けていた *	
☐	福祉サービスを受けている *	
☐	ボランティアのサポートを受けている	
☐	家族やヘルパーに文書類を読んでもらっている	
☐	活字をそのままの大きさでは読めない	
☐	活字を長時間集中して読むことができない	
☐	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	
☐	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	
☐	その他、原本をそのままの形では利用できない	