

宅配利用登録申請書

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		
住 所	〒 - 東久留米市 ※裏面に自宅付近の略図をご記入ください		
電話番号			
申請理由 (☑してください) ※事実が確認できる書類等を添付してください	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している <input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持している <input type="checkbox"/> 介護保険法に基づく要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 入院または自宅療養が必要（1か月以上） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
伝言の可否 (☑してください)	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 伝言可		
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	
確認日	年 月 日	担当館	中 滝 ひ 東	担当者	
承認日	年 月 日	備 考			

自宅付近略図

