

# ビデオライブラリー 利用登録申請書

平成 年 月 日

福井県聴覚障がい者センター  
施設長 殿

福井県聴覚障がい者ビデオライブラリーを利用したいので、下記の通り登録を申し込みます。

## 記

個人 申込み書	氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生
	住所	〒( )		
	TEL番号		FAX番号	
	勤務先又は 学校名			
団体 申込み用	団体名			
	団体 代表者名		申請者名	
	所在地	〒( )		
	TEL番号		FAX番号	

ここは記入しないでください

受付日	登録日	登録番号	備考