

**ビデオライブラリー  
利用登録申請書**

令和 年 月 日

福井県聴覚障がい者センター

施設長 殿

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	氏名	<input type="checkbox"/> をつけてください		聴覚障がい者・健聴者
	住所	〒( )		
	TEL番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>
	勤務先又は学校名			
団体申込み	団体名			
	団体代表者名	<input type="text"/>	申請者名	<input type="text"/>
	所在地	〒( )		
	TEL番号	<input type="text"/>	FAX番号	<input type="text"/>

以下は記入しないでください。

登録日	登録番号	備考
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>