字幕（手話）入りビデオライブラリー貸出申請書

申請日　　年　　月　　日

岩手県立視聴覚障がい者情報センター所長　様

以下のとおり貸出しを申請します。

申込者	氏　名	ふりがな
	登録番号 （カード番号）	
	連絡先	〒 TEL　　Fax E-mail
貸出希望作品	分類番号	タイトル
備考		

字幕制作を希望する作品がありましたらご記入をお願いします。

【タイトル】　　【放送日・制作会社など】

岩手県立視聴覚障がい者情報センター　ＦＡＸ　０１９－６０６－１７４４

※センター記入欄（こちらには何も記入しないでください）

受付日	発送日	返却予定日	対応者
年　　月　　日	月　　日	月　　日	