

利用者登録申請書(個人)

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

岩手県立視聴覚障がい者情報センターの利用者登録を申請します。

ふりがな				性 別
氏 名				男 女
生年月日	明・大・昭・平 (西暦)年 月 日生			
身体障害者 手帳	No.	種 級	点字触読	可・不可
住所1	〒			
TEL	自宅		携帯	
住所2	〒			
TEL			FAX	
Eメール				
新着案内	墨字・点字・CD(マルチ・シングル)・メール版(PC・携帯)			
タペストリー	墨字・点字・CD		増加目録	
備 考				利用者ID _____ サピエID _____

- 裏面個人情報についての利用・管理について同意します。

署名 ()

- 裏面個人情報について説明し、その利用・管理について同意をもらいました。

説明者 ()

【個人情報の使用】

登録者の個人情報は、岩手県立視聴覚障がい者情報センターを委託している岩手県の個人情報保護の基本方針に則り、センターのサービス提供に伴う事項の目的以外に使用いたしません。

【個人情報の管理】

利用者情報や利用情報の管理は「Web図書館システム」により管理いたします。

「Web図書館システム」とは、全国視覚障害者情報提供施設協会(以下、全視情協)が管理運営するネットワーク及びサーバーシステムを経由して、全視情協加盟施設・団体が貸出管理や利用者管理を行うものです。岩手県立視聴覚障がい者情報センターのデータに関するIDとパスワードは当センターのみが管理します。このシステム利用に関しては、岩手県立視聴覚障がい者情報センターと全視情協とが覚書を交わすことにより、両者の持つ個人情報保護規程によって利用目的は厳格に保障されます

岩手県立視聴覚障がい者情報センター

電話 019-606-1743

FAX 019-606-1744

※ 様式は、必要に応じて適宜変更することができること。