

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	昭・平・令	(西暦)	年	月	日生
身体障害者 手帳(聴覚)	No.	種 級			
自宅住所	〒				
TEL	()	FAX	()		
職場住所	〒				
TEL	()	FAX	()		
Eメール					
コミュニケーション 手段	手話・要約筆記・触手話・指点字 (該当するものに○をしてください)				
備 考 ・タペストリー(要・不要) ・ぷちたぺ(要・不要) ※要の場合(郵送・メール) 所属団体名 _____	※ 職員記入欄 アイーナID _____				

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。

(A4)