

池田市立図書館資料宅配サービス利用申込書

池田市立図書館長 様

年 月 日

宅配サービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。

氏 名	フリガナ				
住 所	〒				
連 絡 先	電 話		F A X		
	メー ル ア ド レ ス				
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成		年	月 日	
利 用 区 分	障 が い の 内 容				
	等 級	種 類 (該 当 する 箇 所 に を 入 れ て く だ さ い)			
		肢 体 不 自 由		ぼ う こ う	
		心 臓		直 腸	
		腎 臓		小 腸	
		呼 吸 器		免 疫	
そ の 他					

< 注意事項 >

この宅配サービスは、障がい等があることにより直接図書館に来館できない方のために行うものです。

障がいの内容等を確認のため、後日職員が訪問します。

確認のため福祉担当課に問い合わせをすることがあります。

記入内容に変更が生じた場合は、すみやかにご連絡ください。

この申込みで得た個人情報については、適正かつ厳重に管理を行い、利用目的以外には使用いたしません。

電話 郵送 FAX メール その他 ()

受付者