

図書宅配サービス利用登録書

枚方市教育委員会 教育長

令和 年 月 日

図書宅配サービスを利用したいので、次のとおり登録します。

貸出カード番号				
申請者氏名	フリガナ			
※未成年者の場合	保護者氏名	サービスの利用に同意 します。	はい	
申請者住所	〒			
電話番号	(携帯)			
資料宅配先	(宅配先が住所と異なる場合に記入してください。例:勤務先、入院している病院など)			
	※送料等は利用者払いになります。			
上記の宅配先電話番号	— — —			
障害等がある方は 記入してください。	手帳等の種類	手帳等の番号	障害の内容・程度(○で囲む。)	
	身体障害者手帳		下肢・体幹	その他
			1級・2級	3級以下
	精神障害者保健福祉手帳		1級・2級	3級以下
	介護保険被保険者証		要介護度	5・4
有効期限			年 月 日	
療育手帳		程 度	A	A以外
	その他			

(注意事項)

- この宅配サービスは、図書館の利用が困難な一般宅配利用者及び障害等があることにより図書館への来館が困難な方のために設けた図書館資料の館外利用サービスです。
 - 障害等の内容を証するものとして、手帳等を提示してください。
 - 記入内容に変更が生じたときは、速やかに連絡をお願いします。
- ★ご記入いただい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しません。

(以下は図書館職員が記入します。)

受付図書館・分室 記入欄		中央図書館 記入欄	
受付年月日	年 月 日	登録番号:(一般 障A 障B) -20 年 号	
受付者	図書館・室名 担当者名	確認者	障害A 障害B