

赤磐市立図書館障害者サービス利用者登録申込書

赤磐市立中央図書館長 様

太枠の中だけ記入してください。

		申込日	年 月 日
フリガナ			
氏 名			性 別 男 ・ 女
生年月日	年 月 日 生		
住 所	〒 -		<input type="checkbox"/> 市内在住 <input type="checkbox"/> 在勤・在学 <input type="checkbox"/> その他 ()
電話番号	()	自宅・携帯・FAX・その他 ()	
	()	自宅・携帯・FAX・その他 ()	
利用者カード番号			
登録方法	本人 ・ 代理人 ・ 郵送 ・ その他 ()		
	代理人氏名		
	代理人続柄 同居家族・別居家族・親族・その他 ()		

証明書を提示してください。

証明する手帳等	該当に○をつける	備考
身体障害者手帳		
療育手帳		
精神障害者保健福祉手帳		
その他証明書（診断書等）		
ガイドラインによる該当項目		

可	否
---	---

照合確認	館長		担当
------	----	--	----

- 備考 1 申込書の記載内容に不備があった場合は、申請を受け付けることはできません。記載内容の確認を必ずしてください。
- 2 この登録申込書で採取した個人情報は、障害者サービス利用者登録のみに使用させていただき、その他の目的での使用は、一切致しません。

障害者サービス利用申込み（チェックリスト）

「図書館の障害者サービスにおける著作権法第37条第3項に基づく著作物の複製等に関するガイドライン」より

チェック欄		確認事項
1		障害者手帳の所持 [] 級
		精神保健福祉手帳の所持 [] 級
		療育手帳（愛の手帳）の所持 [] 級
2		医療機関・医療従事者からの証明書がある
		福祉窓口等からの状態を示す文書がある
		学校・教師から障害の状態を示す文書がある
		職場から障害の状態を示す文書がある
3		学校における特別支援を受けているか受けていた
		福祉サービスを受けている
		ボランティアのサポートを受けている
		家族やヘルパーに文書類を読んでもらっている
4		活字をそのままの大きさでは読めない
		活字を長時間集中して読むことができない
		目で読んでも内容が分からない、あるいは内容を記憶できない
		身体の病臥状態やまひ等により、資料を持ったりページをめくったりできない
		その他、原本をそのままの形では利用できない

※チェックは、本人以外の家族等代理人によるものも含む

登録資格	
郵送、代理人等による登録	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1、2のいずれかの項目に該当し、それを証明するものがある場合 ・ 1、2に該当しない場合で、本人以外の家族等代理人が、3のいずれかの項目を証明できる場合
来館して登録	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1、2のいずれかの項目に該当し、それを証明するものがある場合 ・ 1、2に該当しない場合で、本人以外の家族等代理人が、3のいずれかの項目を証明できる場合 ・ 1、2、3に該当しない場合で、4のいずれかに該当し、明らかに活字による読書が困難と認められる場合