

高齢者等図書宅配サービス利用申請書

斜里町図書館長 様

斜里町図書館の「高齢者等図書宅配サービス」を利用したいので、下記のとおり申請します。

※太枠の中のみ記入してください。ご記入いただいた個人情報は、斜里町図書館の業務以外には使用しません。

図書館利用者番号	申請日 平成 年 月 日
氏名（本人署名）	
生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生（ ）歳	
住所 〒	
電話番号 — —	
その他の連絡方法があればご記入ください。（FAX・Eメール等）	
来館できない理由 <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者で一人で来館することができない。 <input type="checkbox"/> 障がいをお持ちで一人で来館することができない。（身体障がい者手帳交付者） <input type="checkbox"/> 長期在宅療養者で一人で来館することができない。（身体障がい者手帳交付者） <input type="checkbox"/> その他理由（ ）	

図書館 使用欄	受付日 平成 年 月 日
	担当者
	障がい者手帳等の確認の有無 有 ・ 無（ ）
	宅配の要否 要 ・ 否
	登録番号 第 号 登録年月日 平成 年 月 日
	備考