戒29年度　聴力障害者情報文化センター文化教養講座申込(利用登録申込)

聴力障害者情報文化センター御中

申込講座等名称【　　】

▼太枠の中を全てご記入ください。

記入日：平成　　年　月　日

ふりがな		性　別
氏　名		男　・　女
利用登録番号	※未登録の方は空欄で結構です。	
住　所	〒	
電話		FAX
Eメールアドレス （パソコン　携帯）		
緊急時の連絡先	①	②

※メールアドレスはパソコンからの受信ができる設定にしておいてください。

▼以下は、利用登録をされていない方のみご記入ください。

生年月日	年　月　日（　）歳		聴覚障害　有　・　無
身体障害者手帳の有無	有　・　無	補聴器・人工内耳使用の有無	該当するものに〇を付けてください **補聴器・人工内耳・使用していない**
身体障害者手帳の交付元と番号	〔　　〕 **都・道・府・県・市**　**番号〔　　〕号**		
ご希望の方にライブラリーや緊急時の情報等をお届します。希望するものに〇をつけてください。	**希望する（FAX　・　メール）　・　希望しない**		

※ご記入いただいた内容は、第三者に対して一切開示することなく、厳重に管理し、
　当センターのご利用に関する目的以外で使用することはありません。

★センター記入（こちらは記入しないでください）

受付者：　　登録日：　　番号：　　区分：　　〔補聴器・人工内耳〕