

資料配達サービス利用登録申込書

* 下の太線の中をご記入ください

年 月 日

図書館カード番号	<input type="text"/>	*1 希望する 連絡方法	<input type="checkbox"/> 電 話
ふりがな	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> F A X
氏 名	<input type="text"/>	上記の 連絡先	<input type="checkbox"/> メ ー ル
希望する 配達方法	<input type="checkbox"/> 宅配(職員がご自宅に届けます) <input type="checkbox"/> 郵送(ゆうメール等による配達です)		
*2 来館困難事由	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている(□視覚 □聴覚 □その他の心身) <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定を受けている <input type="checkbox"/> 長期在宅療養者である <input type="checkbox"/> 骨折等のケガ・病気等による短期在宅療養者である(療養期間: 年 月頃まで) <input type="checkbox"/> その他の理由(具体的にご記入ください) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
申し込みについて	<input type="checkbox"/> 資料配達サービスを利用するにあたり、「山武市立図書館資料配達サービス実施要項」を遵守します。		

* 1 予約された本が用意できた場合等の連絡先となります。

* 2 サービス対象者の確認のため、来館困難な事情をお教えてください。

【決裁日】

年 月 日

館長	主査	係員	担当
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

入力者	確認者
<input type="text"/>	<input type="text"/>