

(様式1)

東大阪市立 図書館資料宅配サービス利用申込書  
東大阪市立永和図書館館長 様

年 月 日

宅配サービスを利用したいので、次のとおり申し込みます。(利用カード番号 )

氏 名	フリガナ			
住 所	〒			
連 絡 先	電 話	F A X		
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日	
利 用 区 分	障がいの内容			
	等 級	種類(該当する箇所に○を入れてください)		
		肢体不自由	ぼうこう	
		心臓	直腸	
		腎臓	小腸	
呼吸器	免疫			
その他				

【注意事項】

①この利用サービスは、障がいがあることにより直接図書館に来館できない方の  
ために行うものです。(代理人が来館可能な場合は対象外です)

②障がいの内容等を確認のため、後日職員が訪問します。

③確認のため福祉担当課に問い合わせをすることがあります。

④記入内容に変更が生じた場合は、すみやかにご連絡ください。

\*この申し込みで得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いたしません。

電話 FAX 郵便 受付者 ( )