

貸出しサポートサービス申請書

太枠内にご記入ください

氏名	ふりがな	生年月日 年 月 日
申込 代理人名		ご希望の連絡方法(○をご記入ください)
住所	〒	電話
		FAX
		e-メール
		その他()

職員記入欄

対象 条件	(1) 身体障害者手帳1、2、3級 (2) 療育手帳 (3) 要介護1, 2, 3, 4, 5級 要支援 (4) その他	上記の方への貸出しサポートサービスを承認します _____図書館
備考		登録日 年 月 日
		継続確認① 年 月 日
		継続確認② 年 月 日
		継続確認③ 年 月 日
		継続確認④ 年 月 日