

字幕(手話)付ビデオテープ貸出申込書【郵送用】

※ 分類番号は右のように記入してください。記入例 FC2000-012

※ 第1希望のビデオがそろわない場合がありますので、第2希望までご記入ください。

福岡県聴覚障害者センター FAX 092-582-2419

申込者	氏名/団体名		登録番号	
	TEL — —		FAX — —	
第1希望	分類番号	作 品 名		何も記入 しないで下さい
第1希望の作品がそろわないときは、どうしますか？ ※□にレ印をつけてください。印がない場合は、そろってからお送りします。 ☐ そろったものだけ先に送ってほしい ☐ 連絡がほしい ☐ 第2希望に記入した作品を加えてほしい				
第2希望				
貸出期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
上記のとおりビデオテープの貸出申込みをします。 平成 年 月 日 福岡県聴覚障害者センター 施設長 殿				

センター記入欄(ここから下は記入しないでください)

受付日	／	発送日	／	返却日	／	送 料	円
-----	---	-----	---	-----	---	--------	---

備考

--