

# 利用者登録申請書

申請日 年 月 日

青森県視覚障害者情報センター所長 殿

青森県視覚障害者情報センターの利用者登録を申請します

ふりがな				性別
氏名				男 女
生年月日	明・大・昭・平 (西暦)年 月 日生			
身体障害者 手帳	No. 種 級 (視覚障害)			
住所	〒			
TEL	( )	FAX	( )	
郵便物 送付先	〒 ※住所と郵便物の送付先が違う場合にご記入ください			
TEL	( )	FAX	( )	
種別	点字 ・ 墨字 ・ テープ ※刊行物を送付する際の希望種類を選択してください			
Eメール				
備考				