

(様式1)

マルチメディアデイジー図書再生用タブレット 利用申込書

大津市立図書館長

利用規程に同意しましたので、下記のとおりタブレットの利用を申し込みます。

年 月 日

利用者カード番号	
氏 名	
住 所	
電話番号	
利用日時	年 月 日 時 分から 時 分

- ※ 利用にあたり、裏面の該当する項目にチェック（○）を入れてください。
- ※ 本人以外の家族等代理人が利用する場合は、代理人の利用者カード番号及び氏名等を記入してください。裏面に利用する理由を記入してください。

以下、図書館使用欄

カード確認 預かり確認	イヤホン等 有 ・ 無	使用開始時間 時 分	返却確認・時間 時 分	利用者カード 返 却
担当	担当	担当	担当	担当

チェック欄	確認事項
	身体障害者手帳の所持
	精神障害者保健福祉手帳の所持
	療育手帳の所持
	医療機関・医療従事者からの証明書がある
	福祉窓口等から障害の状態を示す文書がある
	学校・教師から障害の状態を示す文書がある
	職場から障害の状態を示す文書がある
	学校における特別支援を受けているか受けていた
	福祉サービスを受けている
	ボランティアのサポートを受けている
	家族やヘルパーに文書類を読んでもらっている
	活字をそのままの大きさでは読めない
	活字を長時間集中して読むことができない
	目で読んでも内容が分からない、あるいは内容を記憶できない
	身体の病臥状態やまひ等により、資料を持ったりページをめくったりできない
	その他、原本をそのままの形で利用できない

※利用にあたり、該当する項目にチェック（○）を入れてください。

	<p>利用申し込みが、本人以外の家族等代理人によるもの</p> <p>※ 代理申請の理由を記入してください。</p>
--	--