

図書館利用に障害のある方へ

利用券番号

--	--	--	--	--	--	--	--

※利用を希望するサービスに○を記入してください。

	サービス	利用の対象
	特別貸出（貸出期間 4 週間）	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持 （視・聴・音・肢・内 ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳を所持（判定 ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
	対面朗読サービス（本館） 電話による朗読サービス（紀南）	<input type="checkbox"/> 視覚障害の方 <input type="checkbox"/> 読み書きが困難（ディスレクシア等）の方 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	郵送による貸出サービス 【図書（墨字図書）の貸出】	※和歌山県内在住の方 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A を所持 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（身体障害） 1・2 級を所持 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（内部障害：心臓、 腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸） 1～3 級を所持
	郵送による貸出サービス 【点字図書 ・ DAISY 録音図書の貸出】	※和歌山県内在住の方 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（視覚障害） 1・2 級を所持
	電話の利用が困難な方へのファク シミリによる問い合わせサービス	<input type="checkbox"/> 聴覚障害の方 <input type="checkbox"/> 言語障害の方
	 F A X 番 号 （ ） — ※ F A X での問い合わせには、F A X で回答します。	

※「著作権法第 37 条第 3 項により複製された資料（布の絵本・拡大写本・DAISY 録音図書・マルチメディア DAISY 図書）」を利用する場合は、「利用対象制限資料の利用申込書」の記入（代筆可）が必要です。職員にお尋ねください。

受付日	年 月 日	担当	
-----	-----------	----	--