

第1号様式（第3条関係）

視覚障がい者等用資料利用登録書

入力チェック 仮 ・ 済

高松市中央図書館長 殿

氏名	申込日	年	月	日
	利用者番号			

※太枠内にご記入ください。

利用登録確認項目リスト

チェック欄	確認事項
	身体障害者手帳の所持 [] 級 (注)
	精神障害者保健福祉手帳の所持 [] 級
	療育手帳の所持 [] 級
	医療機関・医療従事者からの証明書がある。
	福祉窓口等から障がいの状態を示す文書がある。
	学校・教師から障がいの状態を示す文書がある。
	職場から障がい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わからない、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は利用できない。

(障がいの種類)

視覚、聴覚、平衡、音声、言語、咀嚼、上肢、下肢、体幹、運動一上肢、運動一移動、心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸、免疫

(確認を受けたもの)

- 本人
- 代理人 (本人との続柄) 住所
氏名

(確認した者)

図書館職員氏名