

読書バリアフリーサービス利用申込書

(視覚障害者等サービス)

長崎県立長崎図書館長 様

申込日 年 月 日

視覚障害者等サービスの利用を以下のとおり申し込みます。

※太枠内を記入してください。(裏面の利用登録確認リストも忘れずにご記入ください。)

(本人)

利用者番号										
フリガナ 氏名										
サピエ図書館個人会員	希望する			希望しない						

※サピエ図書館個人会員に登録することでご自宅からサピエ図書館の資料をダウンロードできます。

(代理人または連絡協力者) ※代理人または連絡協力者がいる場合は下記欄にもご記入ください。

フリガナ 氏名		登録者との 関係	
住所			
電話番号			
メールアドレス			

※サピエ図書館個人会員登録をご希望される場合、以下の欄にご記入ください。

申込条件

- ①サービスの利用に必要な機器を備え、インターネットに接続できる環境があること
- ②長崎県在住でなくなった場合は、本サービスの利用を中止すること
- ③特定非営利法人全国視覚障害者情報提供施設協会へのオンライン登録に必要な個人情報(氏名、住所、電話番号、ファックス番号、生年月日、電子メールアドレス)の提供に同意すること
- ④「サピエ図書館」の利用の際に生じたトラブルについては、申込者が責任を負うこと

上記のとおり、申込条件および特定非営利法人全国視覚障害者情報提供施設協会のサピエ図書館利用規約(個人会員)に同意の上、会員登録を申し込みます。

※個人会員登録を希望する場合は、以下の欄もご記入ください。	
メールアドレス	
サピエからの 郵送連絡時の希望	<input type="checkbox"/> 普通サイズの文字 <input type="checkbox"/> 拡大文字 <input type="checkbox"/> 点字

○利用登録確認リスト

以下の確認リストの中で該当するものに○をして、ご記入ください。
 また、そのことを証明することができる書類の写しの提出をお願いします。
 書類の提出が難しい場合は、図書館までお尋ねください。
 (著作権法第37条第3項に該当するか確認をするために必要となります。)

チェック欄	確認事項
	障害者手帳の所持〔 〕級 (障害の種類:視覚 聴覚 平衡 音声 言語 咀嚼 上肢 下肢 体幹 運動-上肢 運動-移動 心臓 腎臓 呼吸器 膀胱 直腸 小腸 免疫) ※該当する障害の種類に○をお願いします。
	精神保健福祉手帳の所持〔 〕級
	療育手帳(愛の手帳)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

○注意事項

本サービスは視覚障害者等向けのサービスです。サービスの登録要件となっていた事項について、変更があった際には速やかに図書館までお申し出ください。

※以下、図書館記入欄

受付日		受付者	
障害種別等 確認方法	<input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> その他()		
サピエ個人会員登録手続き			
申込日		登録完了日	ユーザーID ()