

宅配貸出サービス利用申請書

大分県立図書館長 殿

年 月 日

下記の事項を了承のうえ、宅配貸出サービスを利用したいので、申請します。

申請者氏名	(フリガナ)	電子書籍用 ID・パスワード申込 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 希望する方へ✓を入れてください。	
申請者住所	〒		
資料宅配先	(宅配先が住所と異なる場合に記入してください 例：入院している病院など) 〒		
生年月日	年 月 日 生		
電話番号	- -		
障がいの内容	手帳等の種類	手帳等の番号	障がいの程度
	身体障害者手帳		(級)
	介護保険被保険者証		要介護状態「 5 」
	療育手帳		程度「 A 」
その他			

(注意事項)

- この宅配サービスは、重度の障がい等があることにより、図書館の館外貸出サービスを利用できない方のために設けたものです。障がいの内容を証するものとして、「手帳等の写し」が必要となります。
- 宅配貸出できる資料は、図書館の館外貸出用の資料です。禁帯出資料は貸出しできません。
- 借受できる資料は、5冊以内です。借受期間は、宅配の要する日数を含め30日以内です。借受期間は、宅配の要する日数を含め30日以内です。
- 宅配貸出未返却資料がある場合は、新たな宅配貸出しはできません
- 資料を紛失・汚損・破損した場合は、弁償していただくことがあります。
- 返却の際は、お近くの郵便局から返送してください。
- 記入内容に変更が生じたときは、速やかに連絡をお願いいたします。

※この申請で得た個人情報については、適正かつ厳重に管理を行い、利用目的以外には使用しません。