**視覚障がい者等用資料利用申込書（団体用）**

（様式第２号）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

担当

大分県立図書館長　殿

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＩＤ | ９ | ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 団体名 |  |

**◆視覚障がい者等用資料利用者確認項目◆**

利用される方について、あてはまるところに○をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認事項 | チェック欄 |
|  障害者手帳の所持　［　　］級 |  |
|  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は利用できない |  |

※この申込書は、著作権法第３７条第３項に基づき複製された「視覚障がい者等用資料」の利用資格を確認するためのものです。ご記入いただいた情報は、当該業務以外には使用いたしません。