

ビデオ借受申込書(郵送貸出)

公益社団法人 札幌聴覚障害者協会理事長 殿

下記のとおりビデオの借受を申し込みます。

| | | | | |
|---|----------------------|----------|---------------------|--|
| 借受ける者 | 登録番号 | | | |
| | 氏名 (団体名) | | | |
| | 住所 (ビデオの送付先) | | | |
| | 電話番号 FAX番号 | | | |
| | メールアドレス (受信できるもの) | | | |
| 借受を希望するビデオ(※貸出中等でご希望のビデオが借りられない場合もあります) | | | | |
| 分類番号 | 作品名 | 種別 | ここには 記入しないでください。 | |
| | | DVD ・ BD | | |
| | | DVD ・ BD | | |
| | | DVD ・ BD | | |
| | | DVD ・ BD | | |
| | | DVD ・ BD | | |
| 団体に借りる場合の視聴人数や意見等 | | | | |

申し込み先

公益社団法人札幌聴覚障害者協会 情報支援事業担当まで
〒060-0042 札幌市中央区大通西19丁目1-358 札幌市視聴覚障がい者情報センター 2階
TEL 011-631-6783 FAX 011-631-7187 E-mail:houjinjimukyoku@sadeaf.jp

- 貸出できるのは5本まで、期間は2週間となっております。
郵送による返却の際、返送料は借受者をご負担ください。
- 貸出したビデオの取り扱いにはご注意くださいませう、お願いいたします。
- 貸出したビデオを複製(コピー)することはできません。
- 貸出の延長をご希望される場合は上記の連絡先までご連絡ください。

————— ここは記入しないでください —————

| | | | | | | | | | |
|------|--|-----|--|-----|--|----|--|----|--|
| 受付番号 | | 受付日 | | 発送日 | | 送料 | | 備考 | |
|------|--|-----|--|-----|--|----|--|----|--|