

長野県聴覚障がい者情報センター郵送貸出し申込書

年 月 日

ふりがな			登録番号	
氏名			(カード番号)	
住所	〒			
ファクス		電話		
E-mail				
種類 ○をして ください	分類番号	タイトルなど		
DVD				
VHS				

受付 No.	受付日	発送日	返却予定日	対応者
	年 月 日	月 日	月 日	

北 長 上小 佐 大 松 木 諏 上伊 飯 D / V

長野県聴覚障がい者情報センター

ファクス：026-295-3567 電話：026-295-3530

DVD の購入希望・字幕化希望がありましたら書いてください。

タイトル	放送日・制作会社など