熊本県聴覚障害者情報提供センター

ビデオライブラリー利用者　チェックシート

新型コロナウイルス感染防止のため、ご記入をお願いします

マスク着用の上ご利用ください

令和　　年　　月　　日

ライブラリー利用証登録番号【　　－　　】

★登録証をお持ちでない方はお名前と連絡先をご記入ください。

お名前　（　　）　聴覚障害者　・　健聴者

連絡先　【電話・FAX・メール　　】

今日の体調は？

熱が　　（　ある　・　ない　）

体調が　　（　悪い　・　良い　）

咳が　　（　出る　・　出ない　）

◎手洗い・手の消毒をしてご利用ください

◎長時間（30 分以上）の利用はご遠慮ください

担当者記入欄	担当者名