ビデオ・DVD 借用申込書

借用者氏名 印		登録番号
借用者住所	〒 TEL・FAX （　　）　　ー	
	ﾋﾞﾃﾞｵ・DVD 番号	題　　名
第1希望		
第 2 希望		
借用期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで	
備　　考		

上記の通り借用をお願いします。

年　　月　　日

連絡先:熊本県聴覚障害者情報提供センター
〒861-8039　熊本市長嶺町2丁目3番2号　TEL 096-383-5595・FAX 096-385-7821

※ 注意事項

☆ ビデオカセット・DVD の複製（ダビング）は禁止します。
☆ 他へのまた貸しも禁止します。
☆ ビデオカセット・DVD を紛失したり破損したときは必ず係りへ届けてください。
☆ ビデオカセットは必ず巻き戻してお返しください

受付No.		受付日		発送日		返却日		備考	