第29－2号様式

鹿児島県立図書館　副館長　殿

視覚障害者等サービスの利用の希望者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 大正　昭和平成　令和 | 年　　　　　月　　　　　日 |

上記の者は，

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　により，

活字による読書に困難を感じていることを証明します。

令和　　　　年　　　月　　　日

住所

氏名

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

＜備考＞

□内には，活字による読書に困難を感じている要因をご記入ください。

例　・　手のまひのため，本を持ったりページをめくったりできない。

　　・　〇〇障害のため，長時間集中して文字を読むことができない。

　　・　〇〇という病気のため，活字をそのままの大きさで読むことができない。

　　・　〇〇障害のため，目で読んでも内容がわからない。　等