

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。
 - ・ ○○障害のため、長時間集中して文字を読むことができない。
 - ・ ○○という病気のため、活字をそのままの大きさと読むことができない。
 - ・ ○○障害のため、目で読んでも内容がわからない。等