

学校貸出申込書

年 月 日

学校名	(担当者名:)	利用者カード番号					
受取方法	☐ 図書館員による配送 ☐ 教職員が直接来館	受取希望日時					
活用テーマ	※科目・単元名がありましたら、ご記入ください						
対象学年	年生	希望冊数	冊				
詳細	☐ 読みもの中心 ☐ 調べもの中心 ☐ その他						
	※希望がありましたら、ご記入ください						

-注意事項-

- ①図書館からの連絡は、登録された電話番号にさせていただきます。
- ②受取方法に「図書館員による配送」を選択された場合、受取日については相談させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。
- ③状況により、貸出冊数をご希望に添えない場合がございます。

職員 記入欄	受付日		受付担当者	
	配送予定日時			
	貸出処理日		引取予定日時	
	備考			

-問合せ・申込先-
 桜川市立図書館
 TEL 0296-71-7707
 FAX 0296-71-7708