

※必要事項をご記入の上、お申し込みください。FAXの場合、送信表は不要です。

(申込先)西尾市立図書館 学校図書館支援サービス担当 TEL:56-6200 FAX:56-6720

## 様式1

# 配本申込書

申込No. \_\_\_\_\_

申込日 : 令和 年 月 日

学校名		申込者	
年・組・人数	年 組 人	教員	・ 学校司書
連絡先	(申込の学校と異なる場合にご記入ください)		
学校セット	セット番号		
	セット名		

学校セット以外の総合学習資料(学校専用資料)をご希望の場合は、  
こちらに**書名**と**資料バーコード**を明記してください。

教科・単元				
貸出希望日	月	日	( )	
貸出方法	配送希望	・ 来館して受取(本館・一色・吉良・幡豆)		
		来館時間	時 分 ※前日(土日祝日除く)までにご依頼ください	
貸出希望期間	1週間	・ 2週間	・ 3週間	・ 4週間
返却方法	来館して返却	・ 回収希望		

※図書館に来館する時は、事前に電話してください。

<連絡事項等>

回収・返却日	月	日( )	貸出冊数	冊
--------	---	------	------	---

事務欄	受付	月	日		
	受付者		受付方法	FAX・TEL・来館(支援・カウンター)	