

※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	
<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)	