

長期読み物セット貸出申込書

申込No. _____

※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

			申込日：平成 年 月 日			
学校名						
申込者		教員 ・ 学校司書				
クラス数・人数	1年	クラス	人	2年	クラス	人
	3年	クラス	人	4年	クラス	人
	5年	クラス	人	6年	クラス	人
	特別支援 人（ 低学年向 ・ 中学年向 ・ 高学年向 ）					
貸出希望期間	① 前期(6月中旬～11月上旬)			第1希望 (前期 ・ 後期) ※どちらかに○		
	② 後期(11月下旬～3月上旬)					
<連絡事項等>						

事務 処理 欄	受付印	受付者	
		備考	