

※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

# 長期読み物セット貸出申込書

申込No. \_\_\_\_\_

申込日 : 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

学校名			
申込者	教員 ・ 学校司書		
クラス数・人数 ※長期読み物セットが必要な学年の欄にクラス数と人数を記入してください。	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	前期:6月中旬～11月上旬 必要 ・ 不要 (どちらか1つに○)	※前期・後期とも必要な学校のみ記入してください。  第1希望  前期 ・ 後期 (どちらか1つに○)	
	後期:11月下旬～3月上旬 必要 ・ 不要 (どちらか1つに○)		
<連絡事項等>			

事務処理欄	受付印	受付者	
		備考	