

※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【記入例】

申込No. \_\_\_\_\_

## ～図書を指定する場合～

申込日 : 令和3年4月1日

学校名	亀沢小学校		申込者	図書 館子
年・組・人数	1 年 1 組	24 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	学校セットではなく、図書を指定する場合、この欄は空欄でOKです。		
	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。 資料バーコード 150018877 職場体験完全ガイド60				
ホームページで表示される「資料バーコード」をご記入いただくと本の特定がしやすくなります。可能な範囲でご協力ください。(必須ではありません。) ホームページの画面コピー等の添付でもOKです。FAXの場合は、2枚目があることが分かるようにしてください。小さな文字は受信した際につぶれてしまうため、文字の大きさにご注意ください。				
教科・単元	職業			
貸出希望日	4 月 15 日 ( 水 )			
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>	回収・返却日および貸出冊数は、貸出時に担当が記入しますので、空欄のままでOKです。			
貸出希望日の一週間前までに学校図書館支援サービス担当にご提出ください。利用可能時間外にFAXをしていただいても、受付はできませんのでご注意ください。				
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)