

【受付】浜松市立中央図書館（学校図書館支援センター）

様式⑥

TEL：401-2445

FAX：453-2324 ※ミライムのメールでも受付可

浜松市立中央図書館長 行き

令和 年 月 日

学習支援パック 貸出申込書

①

学校名/学年：（ ）学校（ ）年
電話番号： FAX 番号：
利用者 氏名：
申込者 氏名：

*中央図書館より確認の連絡をいたします。利用する先生と申込者が異なる場合はそれぞれご記入ください。

◇ 受取希望日の2週間前までにお申し込みください。貸出期間は受取希望日より3週間です。

②

受取希望（ ）図書館）受取希望（ 月 日）

③

番号	パックの名前	パック数

※ 上の ①～③ についてご記入ください。

※ ③には希望するパックの番号と名前、希望数をご記入ください。

◇ 受取希望日や貸出パック数について調整させていただく場合がありますので、ご了承ください。

図書館が記入します

貸出期間 月 日（ ） ～ 月 日（ ）

* FAXもしくはメール（貸出申込書を添付）にてお申し込みください。

* この様式は、市立図書館HP→ 学校図書館支援（学校の先生方へ）よりダウンロードできます。