

学習支援パック 貸出申込書

令和 年 月 日

(あて先) 浜松市立中央図書館長

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電話をいたします。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() 図書館) 受取希望日(月 日)

* 受取と返却は同じ図書館

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。

※ 【その他】については、「番号」欄に【その他】、「パックの名前」欄に「書名」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。

浜松市立中央図書館 TEL：456-0234 FAX：453-2324

メールアドレス：chuo@city.hamamatsu.shizuoka.jp

図書館が記入します…貸出期間【 月 日()～ 月 日()】

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

* 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。