

FAX (0956) 22-9535 TEL (0956) 22-5618

宛先: 佐世保市立図書館 児童室

学校等支援への団体貸出依頼票

依頼日 年 月 日 ()

学 校 名	TEL 依頼者	FAX
教科・単元名/対象学年		
受取希望日 年 月 日 () ※依頼日から1週間～1か月先まで	希望冊数 ※30冊まで	
配達の有無 有 ・ 無 (来館者名) (来館予定日時)		
〈詳細〉 ☆具体的な資料名を分かる範囲で、ご記入ください。		
〈図書館からのお願い〉 本を受け取り、使用される担当者名と連絡可能な時間帯を記入ください (依頼者本人が使用する場合は記入不要) 担当者名： 時間帯：		