

学校支援図書セット貸出申込書

A

年 月 日

堺市立 図書館 担当者宛

●太枠内をご記入ください。

学校名		担当者名	
電話番号		FAX番号	
1年 クラス	2年 クラス	低学年(1・2年)	
		計	個
3年 クラス	4年 クラス	中学年(3・4年)	
		計	個
5年 クラス	6年 クラス	高学年(5・6年)	
		計	個
※抽選になった場合について、いずれかに○を記入してください		<input type="checkbox"/> 一部でも貸出を希望する。 <input type="checkbox"/> 希望数を借りられない場合は貸出不要	

☆500冊を上限として貸出します。

B

堺市立 学校 様

◎ 以下の通り配送します。

年 月 日

セット番号	低学年(1・2年)	計	個
	中学年(3・4年)	計	個
	高学年(5・6年)	計	個
配送日時		返却期限	
個数	個口		

C

ついて以下の通り回収します。

年 月 日

回収日時	
個数	個口

堺市立 図書館(担当:) 電話 FAX