

# 図書貸出申込み

申込日： 年 月 日

小川町立図書館 行 (このページを含め 枚送信)

TEL : 0493-72-5965

FAX : 0493-72-3185

学校名	学校	学年	年 組	担当教諭
TEL	0493-( )-	FAX	0493-( )-	

## テーマ内容①

教科名		冊数	約	冊
内容 (テーマ)				
いつまでに用意	月 日 ( )			
使用期間	月 日 ( ) ~	月 日 ( )		
備考				

## テーマ内容②

教科名		冊数	約	冊
内容 (テーマ)				
いつまでに用意	月 日 ( )			
使用期間	月 日 ( ) ~	月 日 ( )		
備考				

### (貸出時の留意点)

- ・ 貸出冊数について…数に限りがありますので、希望に添えない場合もございます。
- ・ 貸出期間について…ご相談いただき、授業終了後返却してください。

(通常1ヵ月、県内取り寄せ資料は15日間の貸出)

\* テーマによっては、他の学校と貸出時期が重なることもあります。期日はお守りください。

- ・ 具体的な書名等がお決まりでしたら、[書名・著者・出版社 等]ご記入の上(どのような様式でも結構です)合わせてお送りください。

ご質問等ございましたらお気軽に何でもご相談ください。

小川町立図書館

