FAX（0957）48-7703　TEL（0957）48-7700

**団体貸出依頼票**

依頼日　　　　　年　　　月　　　日

ミライｏｎ図書館

大村市内団体貸出担当　行

学校名

担当者氏名

ご連絡先

次の図書資料の貸出を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **対象学年**  　　　　　　　年生（　　　　組） | 教科/単元名/依頼目的 | |
| 受取希望日 | 希望総冊数 |
| 来館者名 | 来館予定日時 |
| **依頼内容** | 詳細（具体的な資料名がありましたら、ご記入ください） | |
| **その他** |  | |

※受取希望日の５日前(土日・休館日を除く)までにご連絡ください。

※急を要する場合は、お電話にてお問い合わせください。

※依頼内容に関する資料がありましたら、ご一緒にFAXでお送りください。

※読み聞かせ用の資料をご希望の場合は、「誰が」「誰に」使用するかの記入をお願いいたします。