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。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象学年

年生
（　　組）</td><td colspan="2">教科/単元名/依頼目的</td></tr>
<tr><td>受取希望日</td><td>希望総冊数</td></tr>
<tr><td>来館者名</td><td>来館予定日時</td></tr>
<tr><td>依頼内容</td><td colspan="2">詳細（具体的な資料名がありましたら、ご記入ください）</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

※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。