「図書館出張便」申込書

年　　月　　日

半田市立図書館　担当者宛

太枠内のみご記入ください。（受付後、図書館から連絡いたします。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| サービス | 貸出し　・　読み聞かせ　　　○をつけてください | （貸出しの場合）希望冊数 | 　　　　　　冊＊上限50冊 |
| 訪問希望日 | 　　　　月　　日（　 ）または　　曜日　午前・午後 | （読み聞かせの場合）所要時間 | 分間＊上限45分間 |
| 　その他のご希望 |

＊貸出しは７日前まで、読み聞かせは１か月前までを目処にお申し込みください。

＊原則３０日間貸出しします。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

◎上記申込書を受領しました。下記のとおりお伺いします。

年　　月　　日

　　　　　様

**↓**今回実施する項目に○がついています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 配送日 | 月　　　日 （　 ）　　午前　 ・　 午後 |
| 引取日 | 月　　　日 （　　） 　 午前　 ・ 　午後 |
|  | 読み聞かせ実施日 | 　　 月　　日 （　　）　　　時　　分 ～　　時　　分 |

半田市立図書館

電話　２３－７１７１　FAX　２３－７１７４

E-mail tosho@city.handa.lg.jp