

## 「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