

(別記様式第1号)

学校支援サービス 利用申請書

石川県立図書館長 様

メール kids@library.pref.ishikawa.lg.jp

FAX (076)223-9566

		新規 ・ 更新				
		再交付(旧)(9)				
利用者番号 (更新時のみ記入)	9 5	申請年月日	令和	年	月	日
学校名						
学校長						
所在地	〒 -					
連絡先	メールアドレス	<input type="checkbox"/> 学校	<input type="checkbox"/> 担当者直通	優先 順位		
	電話	<input type="checkbox"/> 学校	<input type="checkbox"/> 担当者直通			
	FAX					
担当者	フリガナ 氏名	_____				
勤務曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	
遠隔地サービス 利用館	図書館					
	※県立図書館以外で受け取り・返却を希望される場合にご記入ください ※学校が設置されている自治体内の公共図書館に限ります ※金沢市立図書館は選べません					

更新の場合は、申請日の翌々開館日からご利用できます。

職員 記入欄		カード 作成	照合	カード 発送
	日付			
	担当者			