（別記様式第3号）

学校支援サービス　レファレンス申請書

石川県立図書館　閲覧サービス課御中
　FAX　076-223-9566

太線枠内をご記入ください。　　令和　　年　　月　　日 申込

利用者番号	
学校名	
担当者名	
電話番号	
質問者	□児童・生徒　　□教員　　□司書　　□その他
内　容	質問内容は、できるだけ詳しくご記入ください。。 出典や情報源も記入してください。（例　〇月〇日の新聞に載っていた）
調査済みの資料等がありましたら、ご記入ください。	

調査結果記入欄	回答:　　月　　日　　担当: