**送付先FAX：088-872-6479**

（様式１）県立学校等用

　　　年　　　月　　　日

**資　料　借　受　申　込　書**

　　高知県立図書館長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール

下記資料の借受を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 種別（○で囲む） |  |
| １．協力貸出（冊数が多い場合は、別途リスト添付で可） | 資料コード・書名をご記入ください |
| ２．セット貸出 | 希望セット番号（複数可）、利用期間をご記入ください　セット番号（又はセット名）　利用希望期間　　　　　　月　　　日　　～　　　月　　　日 |
| 備　考 |  |