

## 資料配本依頼書

泉佐野市立図書館長 様

下記のとおり、資料の配本を依頼いたします。なお、利用に際しては貴館の規則及び指示を守ります。

記

申 込 日	令和      年      月      日
学 校 名	
貸出カード番号	連 絡 先
フリガナ	
担当者名	
配本希望日	第1希望    令和      年      月      日 (金)
	第2希望    令和      年      月      日 (金)

※太枠内をご記入ください

### ◆◆資料配本サービスご利用に際して◆◆

泉佐野市内の小・中学校への配本サービスです。必要事項を記入してお申込みください。

【実 施 日】金曜日午前中（配本時間は当日図書館より連絡いたします）

【利用方法】1週間前までに中央図書館へ来館またはFAX（番号：072-469-7131）でお申込みください。

※ 申込みは先着順です。ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

※ 資料は学校1階のフロアにて、担当者もしくは担当者代理が受領して下さい。

※ 回収を希望される場合は、別途中央図書館までご連絡をお願いします。回収日を調整のうえ伺います。

事務欄			
配本受付者		配本日	月      日 (金)
配本冊数	冊	資料手配 ・ 中央選書	
決定日連絡	連絡日      /	当日連絡	連絡日      /
	担当者		担当者
配本者		備考	