

申込日 年 月 日

児童図書選定支援コーナー 利用申込書

団体名		
第一希望 <small>(午前・午後どちらかに☑)</small>	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前(9:00~12:00) <input type="checkbox"/> 午後(13:00~17:00)
第二希望 <small>(午前・午後どちらかに☑)</small>	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前(9:00~12:00) <input type="checkbox"/> 午後(13:00~17:00)
人数 <small>(5名まで)</small>	名	
利用者代表名		
電話番号		
団体種別 <small>(該当するものに☑)</small>	<input type="checkbox"/> ①市町村立図書館及び図書室等 <input type="checkbox"/> ②学校図書館、専門学校図書館、高等専門学校図書館 <input type="checkbox"/> ③大学図書館 <input type="checkbox"/> ④家庭文庫・地域文庫 <input type="checkbox"/> ⑤私立図書館・特定非営利活動法人の運営する図書館 <input type="checkbox"/> ⑥幼稚園・保育所・認定こども園 及びこれらに準ずる幼児教育・保育サービス施設等 <input type="checkbox"/> ⑦読書活動推進に携わる団体・ボランティア等 <input type="checkbox"/> ⑧図書館等を構成員とする団体 <input type="checkbox"/> ⑨その他団体及び個人	
備考	選書に関する相談など、何かございましたらご記入ください。 <small>(例: ○年生向けの絵本を探している／○○の単元で使える新しい本が見たい)</small>	

◎こちらの申込書は、FAX で送信していただくか、オーテピア高知図書館2階こどもカウンターまでご持参ください。

業務使用欄

受付日:	年 月 日	受付者:
連絡日:	年 月 日	連絡者: