**送付先FAX：088-872-6479**

（様式２）県立学校等用

　　　年　　　月　　　日

**一　括　貸　出　申　込　書**

　　高知県立図書館長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール

下記のとおり一括貸出を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| テ　ー　マ |  |
| 利用希望期間（1か月以内） | 　　　　　　月　　　日　　～　　　月　　　日 |
| 到着希望日 | 　　　　　年　　　月　　　日までに |
| 利用希望冊数 | 冊　程度　 |
| 備考 |  |