（別紙１）

（FAX：088-872-6479）

年　　　月　　　日

**さくらバリアフリー文庫　借受申込書**

　　オーテピア高知図書館　　様

　（高知県立図書館　企画調整課　バリアフリーサービス担当）

オーテピア高知声と点字の図書館　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体等名

担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

下記のとおり「さくらバリアフリー文庫」の貸出しを申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貸出しを希望するセットNo | オーテピア高知図書館 | オーテピア声と点字の図書館 |
| 第１希望：セットＮｏ．第２希望：セットＮｏ． | 第１希望：セットＮｏ．第２希望：セットＮｏ． |
| 貸出し希望期間 | 　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　　月　　　日（※貸出期間は、３か月以内でご記入ください。） |
| 備　　考 |  |

※**初回**は説明に伺いますので、日程調整のため貸出し希望**１か月前までに**ご連絡ください。

２回目以降は、貸出し希望１週間前までにご連絡ください。

初めてオーテピア高知声と点字の図書館の本を借受けされる際は（別紙２）「高知声と点字の図書館利用登録申込書（団体用）」にご記入の上、FAXをお願いします。