**送付先FAX：088-872-6479**

（様式１）高等学校用

　　　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

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 |  |

**送付先FAX：088-872-6479**

（様式２）高等学校用

　　　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

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 |  |

**送付先FAX：088-872-6479**

（様式３）高等学校用

　　　年　　　月　　　日

**資　料　購　入　申　込　書**

　　高知県立図書館長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

下記資料の購入を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 資料名 |  |
| 編著者名 |  |
| 出版社名 |  |
| 出版年 |  |
| ＩＳＢＮ |  |
| 価格 |  |
| 希望理由等 |  |
| 備考 |  |

**送付先FAX：088-872-6479**

（様式４）高等学校用

　　　年　　　月　　　日

**協　力　レ　フ　ァ　レ　ン　ス　申　込　書**

　　高知県立図書館長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

下記のとおり、協力レファレンスを申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項  （具体的に） |  |
| 調査済みの  資料等 | 調査済みの資料名、サイト名、機関名等ご記入ください |
| 備　　考 |  |

（様式5）高等学校用

　　　年　　　月　　　日

**研　修　実　施　申　込　書**

　　高知県立図書館長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　図書館名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

下記のとおり、どこでも研修の実施を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日 | | （第１希望）  　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　（第２希望）  　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| どこでも研修 | 研修対象者  （○で囲む） | 学校図書館職員　・ 教職員　・　生徒　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加予定人数 | 人　程度 |
| 学びたい内容  （具体的に） | |  |
| 備　　考 | |  |