|  |
| --- |
| **令和７年度東京都立特別支援学校向け図書貸出申込書** |
| **学校名** |  |
| **御担当者名** |  |
| **電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
|  |  |  |
| 1. **貸出開始希望日をお書きください。**

**※申込は希望日の1か月前から承ります。貸出期間は90日です。** |
| **令和　　年　　月　　日（　）** |

|  |
| --- |
| 1. **希望するセットを第四希望までお書きください。2セットまで貸出できます。**
 |
|  | **No.** | **種類・対象** |
| **第一希望** |  |  |
| **第二希望** |  |  |
| **第三希望** |  |  |
| **第四希望** |  |  |
|  |  |  |
| **2　相談したいことがありましたら、以下にご記入ください。** |
|  |
|  |  |  |
| **東京都立多摩図書館児童青少年資料担当　吉井宛****メールアドレス：jidou1(at)library.metro.tokyo.jp****※(at)は@に読み替えてください。****締切：貸出希望日の1週間前まで** |