

年 月 日

大津市立図書館長

学校名 \_\_\_\_\_ 学校  
代表者名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX 番号 \_\_\_\_\_  
担当者 \_\_\_\_\_

## 「大津市学校図書館支援」申込書

「大津市学校図書館支援事業」について、下記の通り申し込みます。

記

希望する支援内容（希望する内容にチェック）

- |                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 資料の除籍について    |
| <input type="checkbox"/> | 分類についての説明    |
| <input type="checkbox"/> | 図書ラベルの見直し    |
| <input type="checkbox"/> | 書架配置の見直し     |
| <input type="checkbox"/> | 見出しの作成       |
| <input type="checkbox"/> | 購入図書の相談      |
| <input type="checkbox"/> | その他（ _____ ） |

<申請先>

〒520-0047

大津市浜大津2-1-3

大津市立図書館

電話番号（077）526-4600

FAX 番号（077）522-9877