

施設見学確認票

申込日 年 月 日 ()

学校名	
学校長氏名又は 責任職員氏名	フリガナ
担当者氏名	フリガナ
連絡先	電話： メールアドレス：
見学希望館	焼津図書館 ・ 大井川図書館
来館希望日時	第一希望： 第二希望： 第三希望：
学年	
来館人数（教員含む）	人
組数	組
見学のテーマ	
職員説明	必要 ・ 不要
（職員説明が必要な場合） 1組当たりの説明時間	分
（職員説明が必要な場合）説 明の希望内容	
本の貸出	有 ・ 無
その他希望する内容	

焼津図書館 FAX 054-626-5361

大井川図書館 FAX 054-622-9595