

# 調べ学習用レファレンス申込書

平成 年 月 日

市立図書館 行 (FAX : 23-8128)

門前図書館 行 (FAX : 42-8047)

次のレファレンスを申し込みます。

学 校 名	小・中学校	担 者 者	
T E L		F A X	
質 問 者	<input type="checkbox"/> 児童・生徒 ( 年 生 ) <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 司書 <input type="checkbox"/> その他 _____		
利用対象 <small>※質問者と異なる 場合記入</small>			
内 容	※具体的にできるだけ詳しく書いてください。		
調査経過	※調査済みの資料および、その結果についてできるだけ詳しく書いてください。		
回答期限	<input type="checkbox"/> 至急 ( 2 , 3 日以内 ) <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> __月__日まで		
必要な冊数	冊ほど		

次のとおり回答します。

回 答 日	平成 年 月 日	担 当 者	