

# 学校図書館相談申込書

年 月 日

加西市立図書館長 様

団体名

代表者名

担当者名

電話番号

下記のとおり相談を申込みます。

希望日時	月 日 ( ) 午前・午後 時 分～ 時 分
希望内容	
その他連絡事項	(連絡・希望事項がありましたら記入してください。)