

様式1号

有料宅配サービス申込書

糸島市立図書館長 様

糸島市立図書館の有料宅配サービスを利用したいので、次のとおり申請します。
なお、配送及び返送費用を全額負担することを了承します。

申請日 令和 年 月 日	利用者番号（貸出カードの番号）
ふりがな 氏 名	
住 所 〒	
電話番号（携帯電話または自宅電話番号）	
保護者署名（未就学児、小中学生に相当する年齢のみ必要）	

(太枠の中のみ記入してください)

〈申込み・問い合わせ先〉 〒819-1119 福岡県糸島市前原東一丁目3番1号 糸島市図書館 TEL 092-321-1432 FAX 092-321-1632
--

受付日	受付館・受付者	備考
-----	---------	----

有料宅配サービス希望図書リスト

申込者氏名		利用者番号（貸出カード番号）		
番号	図書資料名	著者名	出版社名	所蔵館
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※貸出制限のある資料、DVD等の付録がある資料、視聴覚資料（DVD等）は、ご利用できません。