

電子図書館デモンストレーション 申込FAX用紙

年 月 日

学校名	
学年・クラス	年 組
人数	人
担当者名 (先生のお名前)	
連絡先	TEL :
希望の日時	※毎月最終木曜日（祝日の場合は翌日）のみ 年 月 日（ ）

記載事項は、当館業務以外の目的には使用いたしません

大牟田市立図書館

FAX (0944) 43-1167

TEL (0944) 55-4504