**砺波市視聴覚ライブラリー　宛　FAX:０７６３－３３－１１５７**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　　）

借　　　用　　　願

下記のとおり、備品　ＤＶＤ　を借用したいのでお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受付月日 | 　　　月　　　日（　 曜日）　（　電話・来所　） |
| 貸出期間 | 　　　月　　　日（　 曜日）～　　　月　　　日（　 曜日）※貸出期間は、概ね２週間とします。 |
| 番号 | 作　　品　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

＜返却確認＞

月　　　　日　返却

砺波市視聴覚ライブラリー

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：