**【鑑賞学習支援ツール利用申込書】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  申込年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　 　　日 |  |
|  所　　 属　 　 名 |  |
|  学校の住所 |  郵便番号　（　　　　　　－　　　　　　） ※鑑賞学習支援ツールの送付先となります。 |
|  担当者　職 ・ 氏名 連絡先 |  |
| ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ :　 |
| Ｅmail： |
| 　申込内容（□にチェックをつけてください） | □　アートカードBOX　 数量（ 　 ）セット （１セット８箱） |
| □ 「道産子追憶之巻」〈複製シート〉 　 ※１セット３２枚組  |
| □ 「道産子追憶之巻」〈巻物〉 　  |
|  貸出期間 | 　年　　　　月　 　　　　日（　　　　）　～　　　　　　年　　　　月　　　　　日（　 　） ※原則３か月以内 |
|  受　 取　 方　 法（□にチェックをつけてください) | □　来館　 (受取希望日 : 　　　 年　　　　月　 　　　　日　( 　　 )　　　　　時)　□　宅配便(着払いでお願いします) |
| 支援ツール活用の概要（□にチェックをつけてください) | □　授業で使用□　特別活動で使用□　授業等の研究用に使用□　その他 |
|  | ※どのような場面で活用するか、ご記入ください。 |
|  備　　　　　 　考 |  |