**【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 |  | | |