

徳島赤十字病院図書室利用申込書

FAX : 0885-33-3613

令和 年 月 日

徳島赤十字病院図書室担当者 行き

利用者氏名

勤務先

勤務先住所

勤務先電話番号

勤務先FAX番号

利用希望日時

令和 年 月 日

午前・午後 時～ 時の予定

注) 平日8:40～17:10の間でお願いします。土日祝はご利用いただけません。

利用目的

※閲覧希望の雑誌・図書名があらかじめお分かりになっている場合は、この申込書にご記入ください。
ご用意いたします。