

F A X M A I L 長野赤十字病院図書室利用申込書

F A X : 0 2 6 - 2 2 4 - 1 0 6 5

D a t e : 年 月 日

長野赤十字病院

医師業務支援課 図書管理係 行き

利用者氏名 _____

勤務先 _____ 職種 _____

勤務先住所 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

図書室 有 ・ 無

利用日時 年 月 日

 午前 ・ 午後 ～ の予定

利用目的

閲覧希望の雑誌・書籍名がお分かりになっている場合は、できるだけ詳しくお書きください。