

FAXMAIL 長野赤十字病院図書室利用申込書

FAX : 026-224-1065

Date : _____ 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

文献検索・資料閲覧・その他 (_____)

※当日は、所属施設の身分証明書をご提示願います。

ご記載いただきました個人情報は、業務以外には使用しません

「長野赤十字病院図書室」の利用にあたっての同意書

私は、利用に関して以下の内容を遵守いたします。

署名 _____

- ・ 「図書室のご利用方法」をよく読み係員の指示に従います。
- ・ 図書の利用は、汚損・破損のないように丁寧に扱います。
- ・ インターネットの利用は、申込時の利用目的以外はせず、安全な利用をします。