

# 閱 覧 申 請 書

一般財団法人 石川武美記念図書館 理事長 殿

太枠内をご記入の上、閲覧希望日の1週間前までにお送りください。

年 月 日

○ 氏名 (ふりがな)

○ 自宅住所 〒

○ 連絡先 (昼間の連絡先)

電話番号：

ファクシミリ：

携帯電話番号：

メールアドレス：

○ 所属 \*学生の方は学年・専攻等をご記入ください。

○ 閲覧希望資料名 (刊・写年、巻冊数等) \*1回につき3点までご記入ください。

○ 閲覧希望資料の出典 (例：『新修成篋堂文庫善本書目』『国書総目録』等)

○ 閲覧の目的 (研究テーマ等)

○ 閲覧希望日時 \*開館日の閲覧時間内 (9:00~15:30) でご記入ください。

第1希望 月 日 ( 曜) 時 分 ~ 時 分

第2希望 月 日 ( 曜) 時 分 ~ 時 分

第3希望 月 日 ( 曜) 時 分 ~ 時 分

○ ワクチン接種 未接種 ・ 接種済み ( 回目、接種日： )

資料	所在確認等	状態
閲覧日通知		
備考		