

閱 覧 申 請 書

一般財団法人 石川武美記念図書館 理事長 殿

太枠内をご記入ください。

	年	月	日
<input type="radio"/> 氏名 (ふりがな)			
<input type="radio"/> 自宅住所 〒			
<input type="radio"/> 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：			
<input type="radio"/> 所属			
<input type="radio"/> 閲覧希望資料名 (刊・写年、巻冊数等)			
<input type="radio"/> 閲覧希望資料の出典 (例：『新修成簀堂文庫善本書目』『国書総目録』等)			
<input type="radio"/> 閲覧の目的 (研究テーマ等)			
<input type="radio"/> 閲覧希望日時 (閲覧時間は9時30分～16時45分)			
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

資料	所在確認等	状態
閲覧日通知		
備考		