

レ フ ァ レ ン ス 申 込 書

九 科 大 図

九州医療科学大学附属図書館 殿

受付番号		受 付 日	年 月 日
------	--	-------	-------

※太枠内をご記入ください。

フリガナ		学 生 番 号	
氏 名			
住 所	〒		
T E L		F A X	
E — mail	@		

照会事項 (☐ 所蔵調査 ☐ 所蔵機関調査 ☐ 相談内容等)

回答欄

回答者 :

回答希望方法 ☐ 郵送 ☐ F A X ☐ E - mail

回答希望期限

年 月 日

〒882-8508 宮崎県延岡市吉野町 1714-1

九州医療科学大学附属図書館

FAX (0982) 23-5560