

## レファレンス申込書

九保大図

九州保健福祉大学附属図書館 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	〒		
TEL		FAX	
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 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail	回答希望期限	年	月	日
---	--------	---	---	---

〒882-8508 宮崎県延岡市吉野町 1714-1

九州保健福祉大学附属図書館

FAX (0982) 23-5560