



神戸掖済会病院 地域医療連携室あて

FAX 078-781-7300

神戸掖済会病院図書室利用申込書

【申込日】平成 年 月 日

下記のとおり図書室使用を申し込みます。

|       |  |
|-------|--|
| 利用者氏名 |  |
| 職 種   |  |
| 勤務先   |  |
| 勤務先住所 |  |
| 電話番号  |  |
| FAX番号 |  |

|      |                       |
|------|-----------------------|
| 利用日時 | 平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分の予定 |
| 備考   |                       |