

図書室利用申込書兼承認票(不承認通知)

筑後市立病院 院長 殿

申込先： 総務課
 F A X： 0 9 4 2 - 5 3 - 7 5 1 5
 メール： info@chikugocity-hp.jp

※太枠内をご記入下さい。

申込日	年	月	日		
申込者名 (団体名又は名称)					
利用者氏名				電 話：	
				F A X：	
利用日時	年	月	日	:	~
利用目的 (その他の場合はチェック (✓)し、記入)				その他 ()
回答について (チェック(✓)し、記入)	メール			F A X	
	アドレス:			FAX:	

ご記入いただいた個人情報については、当院図書室における利用者の把握のみに使用し、それ以外の利用に用いることはありません。

 【 以下 当院記入欄 】

利用承認番号： _____ 筑市病 第 _____ 号

- 1 上記の申込のとおり利用を認めます。
- 2 申込の利用希望日時では利用できません。

年 月 日

筑後市立病院 院長

【摘要】