**申込日**年　　　月　　　日

**国立ハンセン病資料館　図書室　行**

**〒189-0002　東京都東村山市青葉町4-1-13**

**TEL 042-396-2909**

**FAX 042-396-2981**

**Mail：lib@hansen-dis.jp**

**貸出申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **氏　名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **住　所** | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **TEL** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **FAX** |  |
| **E-mail** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **利用者番号** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　　※利用者番号は利用者登録済の方のみご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| **１** |  |
| **２** |  |
| **３** |  |
| **４** |  |
| **５** |  |

**貸出希望資料名**

**配達希望曜日（または希望日）・時間帯をご記入ください**

**・配達希望曜日：（　　　　　）曜日　または　希望日：（　　　　　　　）**

**※複数回答可　ご希望に沿えない場合はご連絡いたします**

**・配達希望時間帯：下記時間帯よりお選びください　（　　　　　　　）**

**午前中・12～14時・14～16時・16～18時・18～20時・19～21時・20～21時**

**※図書室記載欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受付日** |  | **担当** |  |