申請日　　年　　月　　日

国立ハンセン病資料館 図書室 行

複写物郵送サービス申請書

次のとおり、資料の複写を申し込みます。

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

複写箇所記入欄

1	書名: 記事名:	頁数: □奥付
2	書名: 記事名:	頁数: □奥付
3	書名: 記事名:	頁数: □奥付
4	書名: 記事名	頁数: □奥付
5	書名: 記事名:	頁数: □奥付

担当者記入欄

受付日		担当	