

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

### 貸出希望資料名

1	
2	
3	
4	
5	

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	
-----	--	----	--