

## レファレンス申込書

九医科大図

九州医療科学大学附属図書館 殿

受付番号		受付日	年 月 日
------	--	-----	-------

※太枠内をご記入ください。

フリガナ		学生番号	
氏名			
住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail	@		

照会事項 (  所蔵調査  所蔵機関調査  相談内容等 )

回答欄

回答者 :

回答希望方法  郵送  FAX  E-mail

回答希望期限

年 月 日

〒882-8508 宮崎県延岡市吉野町 1714-1

九州医療科学大学附属図書館

FAX (0982) 23-5560