

**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 庶務係  
 F A X： 0 9 4 2 - 5 3 - 7 5 1 5  
 メ - 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)					電 話：	
					F A X：	
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 病院長

【摘要】

--