



# 茅ヶ崎市立病院図書室利用申込書

**FAX : 0 4 6 7 - 5 2 - 1 1 3 3 (患者支援センター)**

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市立病院図書室担当者

下記のとおり、図書室の利用を申込みます。

利用者氏名 \_\_\_\_\_

診療所名 \_\_\_\_\_ (医院・クリニック)

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

利用希望日時 年 月 日  
午前・午後 時から 時まで

利用目的 (□にチェックをしてください)

図書閲覧  パソコン利用

インターネット利用  コピー機の利用

※図書閲覧をご利用の場合は、事前に閲覧希望図書名を下記にご記入いただければ、所蔵状況を確認いたします。

[ \_\_\_\_\_ ]

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。