

医療連携登録医制度

図書室利用申込書

平成 年 月 日

公立置賜総合病院 医療連携・相談室 宛 FAX 0238 (46) 5721

医療機関名

申請者名

Tel.

Fax.

下記のとおり、貴院の図書室利用(蔵書閲覧)を申し込みます。

希望利用月日	平成 年 月 日
時 間	午前・午後 時 分 ~ 時 分
利 用 者	
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. その他 ()
閲覧希望図書 (雑誌) 名	
備 考	

※利用時間は、祝日、休日を除く月曜日から金曜日の8時30分から17時15分までとします。なお、蔵書の複写は、実費(1枚10円)を徴収させていただきますのでご承知ください。