

会議室利用申込書

石川県立看護大学附属図書館長 様

貴図書館会議室の利用を申し込みます。

○利用に際しては、「附属図書館規程」等を遵守いたします。

年 月 日

グループ 代表者の 氏名	----- (学籍番号：)	グループ (人)
住所	[学外利用者のみ記載] (〒 -) ☎ () -	
所属	[学外利用者のみ記載] ☎ () -	
利用 時間	午前(後) 時 分 から 午前(後) 時 分 まで	
利用 目的		

石川県立看護大学附属図書館