



## 高知赤十字病院 地域医療連携課あて

FAX 088-822-1468

### 高知赤十字病院図書室利用申込書

【申込日】 令和      年      月      日

下記のとおり図書室使用を申し込みます。

利用者氏名	
職 種	
勤 務 先	
勤務先住所	
電話番号	
FAX番号	

利用日時	令和      年      月      日 / 時      分 ~ 時      分の予定
備考	