

図書室資料寄贈申込書

年 月 日

高松赤十字病院患者図書室責任者 様

住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、資料を寄贈したいので申し込みます。

資 料 名	冊数 (点数)
合 計	冊 (点)

○資料の利用方法及び処分等は、高松赤十字病院患者図書室責任者に一任します。

署 名 _____