

(第3関係様式)

## 資料宅配申込書

愛媛県立医療技術大学図書館長 様

資料の宅配による借用を希望しますので、次のとおり申し込みます。宅配にかかる往復送料については、全額負担することを了承します。

		年	月	日
氏名				
図書借出券番号※				
住所	〒			
電話番号				
E-mail				

※図書借出券番号は、バーコード下の番号をご記入ください。「図書借出登録願」と同時申請の場合は未記入でご提出ください。

### 資料宅配サービス希望資料

No.	書名	著者名	登録番号※
1			
2			
3			
4			
5			

※登録番号は愛媛県立医療技術大学図書館資料の登録番号をご記入ください。

申込先（郵送・FAX・電子メールによりお申し込みください）

〒791-2101 愛媛県伊予郡砥部町高尾田 543 番地 愛媛県立医療技術大学図書館  
FAX 089-960-0061 E-mail lib@epu.ac.jp