

図書等貸出願書

令和 年 月 日

滋賀県健康医療福祉部薬務課長 様

会社住所	〒	
会社名称		
担当者	部署	氏名
連絡先		

下記のとおり図書等の貸し出しをお願いします。

なお、図書等の利用にあたって、「滋賀県薬業技術振興センターライブラリー利用規定」を遵守します。

記

(1人1回につき3冊まで)

貸出希望図書等の名称	著者名	出版社名	確認欄

(貸出期間は最大2週間まで)

返却予定日	年 月 日 ()	返却確認	
-------	-----------	------	--

※センター記載欄

決 裁	係長	係員	受付