

①

青森県立図書館レファレンス申込票

受付年月日: 年 月 日

ふりがな お名前		利用者番号
ご連絡先	ご住所	
	電話/FAX	
	E-mail アドレス	
ご質問内容 ※出来るだけ具体的にご記入 ください。		
ご質問の情報源 ※事前に分かっていることが あればご記入ください。		
調査 〆 切		<input type="checkbox"/> 月 日まで <input type="checkbox"/> 特に急がない (※ご希望の期日に添えない場合もごさいますのでご了承ください。)

上の部分のみご記入ください。

内容区分	<input type="checkbox"/> 郷土 <input type="checkbox"/> 非郷土	担当者
申込者	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 県内図書館 <input type="checkbox"/> 県内公民館 <input type="checkbox"/> 県外図書館 <input type="checkbox"/> 大学図書館 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日
受付方法	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ILL	
難易度	<input type="checkbox"/> 即答 <input type="checkbox"/> 探索 <input type="checkbox"/> 調査	
回答様式	<input type="checkbox"/> 情報・データ提供 <input type="checkbox"/> 資料・文献(自館)紹介 <input type="checkbox"/> 資料・文献(他館)所在指示・機関紹介 <input type="checkbox"/> 図書館利用案内 <input type="checkbox"/> その他	確認印

 /
 担当
 ()