

レファレンス依頼カード



財団法人雲柱社
賀川豊彦記念・松沢資料館

KAGAWA ARCHIVES AND RESOURCE CENTER

太線の内側にご記入ください。

FAX:03-3302-6983

受付日	年 月 日		
お名前			以下のいずれかを○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員 (No.)
所属機関			
ご住所	〒 -		
連絡先	電話 :	FAX :	
電子メール	@		
お問い合わせの内容 *研究内容、資料を必要とする期日など詳細にお書きください。			

有償サービスのご利用明細

内容	数量	単価	金額	用途・その他
		合計		

受付方法：(該当するものに○) <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 来館 <input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> 郵便	受領日：	担当者：	終了日：
---	------	------	------