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
FAX：03-3302-6983

太線の内側にご記入ください。

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。 □ 非会員　□ 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○）	受領日：	担当者：	終了日：
□ 電話　□ FAX　□ 来館　□ Eメール　□ 郵便			