

レファレンス（相談）申込み用紙

*太枠内をご記入ください

申込者氏名
所属・部署（連絡先）
メールアドレス（メールでの回答を希望する場合ご記入ください）
TEL/FAX番号
調査結果の連絡方法 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 来館 <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX
希望回答期限 （ ）年 （ ）月 （ ）日
レファレンス質問事項（できるだけ具体的にご記入ください）
調査の範囲 <input type="checkbox"/> 最近1年以内のもの <input type="checkbox"/> 過去3年以内のもの <input type="checkbox"/> その他（ ）
すでに調査済みの資料、ヒントとなるような情報（ある場合はご記入ください）

*原則として10日以内に回答します。
*ご希望の連絡方法を必ずご記入ください。

受付日（ ） 回答日（ ） 整理No.