



受付	No.	
	日付	年 月 日

# 学習院大学図書館 撮影・見学願

太枠の中のみ記入してください( は該当項目をチェック)。

		申請日			
責 任 者	身分証番号			所 属	
	フリガナ 氏 名				印
	連絡先	住所	〒		
		TEL		E-Mail	
指導教授氏名					
* 責任者と異なる場合のみ記入してください					
申 込 者	身分証番号			所 属	
	フリガナ 氏 名				印
	連絡先	住所	〒		
		TEL		E-Mail	
目 的					
撮影・見学 箇 所	全館 書庫 東1書庫 1F開架図書室 2F参考図書室 / 雑誌閲覧室 3F閲覧室 / コンピュータ利用閲覧室 ほか その他( )				
持込機材名 及び 個数					
撮影・見学日	年 月 日	曜日	人 数	人	
時 間	午前 / 午後	時 分	~	午前 / 午後	時 分
備 考					

\* ここに記載された個人情報、図書館撮影・見学申込の目的以外では使用致しません。

予定表照合  
許 可

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

次 長	課 長	担 当