平成　　年　　月　　日

　埼玉医科大学附属図書館長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　図書館（室）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　館（室）長名

　　　　　　　　　　　　***館内閲覧ならびに複写許可願***

　本学（校）所属の下記の者は、貴図書館の閲覧を希望しておりますので、ご許可くださるようお願い申し上げます。

　なお、本人が複写を希望した場合には、ご便宜をお取り計らい下さいますよう重ねてお願い申し上げます。

記

利用者氏名：

利用者所属：

閲覧目的　：

資料名　　：

　　　利用日　　：　　　平成　　年　 月　 日

以上