令和　　年　　月　　日

佐賀大学附属図書館長　　殿

申請者　氏名

所属・職名

住所（学外）

連絡先

（電話・電子メール）

指導教員名（申請者が学生の場合）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

**貴重書庫収蔵資料閲覧許可願**

下記のとおり、貴重書庫収蔵資料の閲覧の許可をお願いします。

なお、閲覧にあたっては「佐賀大学附属図書館貴重書庫利用内規」に従い、資料の取扱等には十分注意します。

記

１．資料名

２．目　的 （具体的に）

３．閲覧希望日時

　　　　　　　年　　月　　日（　　曜日）　　　時　　　分

ご記入いただいた個人情報は適切に管理し、貴重書庫収蔵資料の閲覧業務以外の目的には利用いたしません。