

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。