様式第２号

　　年　　月　　日

歴史資料複写申請書

島根県立図書館長　様

申請者氏名（所属機関名）

　　　　　　　　　　　　　　　印

住所（所属機関住所）

電話　　　　　－　　　－

ＦＡＸ　　　　－　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 E-mail:

１　資料名

２　複写目的

３　複写日時 　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　（午前・午後）　　　時　　　分～（午前・午後）　　　時　　　分

４　複写条件　　①複写に際しては、資料の汚損等が生じないよう注意します。

②複写は、事前に担当者の了解を得た機材を持参して行います。

③その他取り扱い等については、担当者の指示に従います。

５　備考