

レファレンス申込書

提出日 平成 24 年 5 月 5 日

申 込 者	氏名 (ふりがな) *** ** ○○○ ○○○	性別 男・女	職業 会社員
	住所 〒 北海道札幌市清田区真栄434-1		電話番号 011-885-8244
	希望する連絡方法 電話 ファックス 電子メール その他 ()		
	上でファックス・電子メールを選んだ方はその連絡先をお書きください X X X X @ Z Z Z . n e . j p		

レファレンス申込書の内容につきまして、池田ライブラリーより確認のご連絡をいたします。その際に希望される連絡方法に○をお付けください。

・池田ライブラリーホームページにございます、蔵書検索を

検 索 テ ー マ	検索に有効と思われるキーワードをお書きください。 介護保険 改正 厚生労働省	ご希望の図書・報告書、及びその複写箇所 がお決まりの方は空欄のまま構いません。
	その他検索をご希望される内容をお書きください。 介護保険法改正に関する資料を希望します。	
図 書 ・ 雑 誌	書名	図書、報告書等の情報につきましては池田ライブラリーホームページ上に ございます、蔵書検索をご活用ください。また、国家機関による公文書、検討 会資料等の場合、通常のインターネット検索でも調べることが可能です。
	著者名	
	出版社	
	ISBN (ISSN)	
	出版年 (雑誌の場合記入)	
報 告 書 ・ 資 料 ・ 論 文	タイトル 介護保険法 2005 年改正 厚生労働委員会審議録 (上) 介護保険法 2006 年改正 厚生労働委員会審議録 (下) 著者・主催者名 (委員会、官庁等) 厚生労働委員会 出版年・開催年 2005 年 発行者 備考	

複 写 箇 所	ページ p. ~p.	複写箇所について決めかねる場合は、空欄のまま構いません。 池田ライブラリーの担当者よりご連絡をいたしますので、その際にご相談ください。
	著者名	
	論文名	

以下には記入しないでください。

(日)	レ完 /	入連 /	複 /	財送 /	備考
(財)	レ請 /	入確 /	複連 /	郵 /	備考