

SAINS 認証システム利用申請書

附属総合情報センター所長 様

SAINS 認証システムの利用について次のとおり申請します。
なお、利用にあたっては「札幌医科大学情報セキュリティポリシー」及び同取扱要綱に従います。

平成 年 月 日

(申請者記入欄)

(フリガナ) 氏 名	印	身分 (職名)	
所 属		内線番号	
E-mail アドレス			
利用希望の認証システム	LDAP ・ NIS		
利用目的			
IP アドレス	. . .	ホスト名	
OS 名			
クライアントソフト名		バージョン	
設置場所			

- 註1. 「利用希望の認証システム」はいずれかを丸で囲ってください。
2. 「IP アドレス」、「ホスト名」、「OS 名」は利用先システムのものをご記入ください。
3. 「クライアントソフト名」および「バージョン」は認証システムのクライアントのソフト名とバージョンをご記入ください。

平成 年 月 日

上記の内容で申請を許可します。

附属総合情報センター所長

受 付 年 月 日	受付番号	総合情報センター担当者確認
平成 年 月 日		印