

図書館カード発行申請書 (学内者用)

令和 × 年 × 月 × × 日

札幌医科大学附属総合情報センター長 様

当センター提供サービス (Web による学外文献複写申込、貸出資料 Web 予約) を利用したいので下記のとおり申請致します。また、申請後に内容の変更があった場合は必ずご連絡致します。

記

(図書館記入欄)

利用者 ID	(記入不要)	<input type="text"/>
--------	--------	----------------------

(申請者記入欄)

印鑑の捺印をお願いいたします。

フリガナ	サツイ タロウ	職員番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
氏名	札医 太郎	身分	1	2	3	4	5	6	職名	診療医
※旧姓	過去に登録したことがある方、姓が変更している場合はご記入ください。									
所属	XXXX 講座	電話	内線 (1 2 3 4 5) 携帯 (090 - XXXX - XXXX)							
メールアドレス	(文献複写申込み連絡用) ●必須: t.satsui @sapmed.ac.jp ***@sapmed.ac.jp のメールアドレスの取得されていない方は、附属総合情報センターネットワーク - SAINS 利用申請書 - SAINS 印刷し、必要事項を記入・押印して、基礎システム係までご提出ください (SAPMED 以外のメールアドレス希望 (文献複写申込み連絡用)) ●任意: <input type="text"/>									
利用目的 (チェックを入れてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 学外文献複写申込 ※ご利用は料金が発生することから、ご本人の承諾を確認しております。 <input type="checkbox"/> 利用権限変更・追加 <input checked="" type="checkbox"/> 貸出中資料の Web 予約									

学内メール以外を利用
貸出資料返却のお知らせや、学外文献複写依頼の連絡の際に連絡します。頻繁に確認するアドレスの記入をお願いいたします。

(註) 太枠内のみ漏れなくご記入ください。

旧 ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※ 図書館 2 階カウンターに提出下さい。

◆他機関依頼(文献/現物貸借)料金目安

文献複写: 1,000 円以内

現物貸借: 1,500 円前後

