

札幌医科大学附属総合情報センター利用申請書 (病院図書室用)

令和 年 月 日

札幌医科大学附属総合情報センター長 様

貴図書館を利用したいので下記のとおり申請します。なお、利用にあたりましては利用規程等を遵守いたします。

記

(申請者記入欄)

フリガナ			
病院・担当者名	⑩		
病院住所	〒	TEL	() - (内線)
利用目的	※註②を参照の上、チェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写 <input type="checkbox"/> 学外文献複写申込		
メールアドレス			

註(1) 全項目漏れなくご記入ください。

② ID・パスワード申請(カード未発行)の場合は、「学外文献複写申込」のみに☑を入れてください。

(以下 情報センターにて記入)

令和 年 月 日

「札幌医科大学附属総合情報センター図書館利用規程」第4条に基づき上記申請者に利用を許可するとともに、同5条に基づき利用者カードを交付する。

(図書館記入欄)

確認	勤務(所属)先身分証明書・運転免許証・保険証・その他()		
利用者ID	<input type="text"/>	パスワード	<input type="text"/>
区分	相互貸借	発行日	年 月 日
摘要	新規・切替・再発行 回	旧利用者ID	
備考			