

図書館カード発行申請書 (学内者用)

平成 30 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	身分	職員番号					
氏名	札医 太郎 		<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6			
所属	XXXX 講座	職名	診療医					
		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: <input type="text" value="t.satsui"/> @sapmed.ac.jp *****@sapmed.ac.jp のメールアドレスの取得は申請が必要です 取得されていない方は、 <u>附属総合情報センターネットワーク - SAINS 利用申請書 - SAINS</u> を印刷し、必要事項を記入・押印して、 <u>基礎</u> <u>テム係までご提出ください</u> (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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※ 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