

# 札幌医科大学附属総合情報センター利用申請書 (学外利用者用)

平成 30 年 × 月 × × 日

札幌医科大学附属総合情報センター長 様

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

印鑑の捺印をお願いいたします。

(申請者記入欄)

フリガナ	サツイ ハナコ	(札幌医科大学) 卒業学部・学科	卒業年・月
氏名	札医 花子	保健医療学部 看護学科	30 年 3 月
※旧姓	北海		
本人住所	〒××××-×××× 札幌市中央区南1条西17丁目	自宅:(011)-(611)-(2111) 携帯:(090)-(XXXX)-(XXXX)	
勤務先名	XXXX 病院	所属科: 看護部	
勤務先住所	〒××××-×××× 札幌市中央区●条●丁目	Tel (011)-(XXX)-(XXXX)	
身分	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
利用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 複写 <input checked="" type="checkbox"/> 資料借用 <input checked="" type="checkbox"/> 学外文献複写申込(発行日翌日より可) <input type="checkbox"/> ID・パスワードのみ申請(カード発行なし)		
メールアドレス	abcde@xxxx.ne.jp		

文献複写物は、  
ご勤務先へ送付となります。

学外文献複写のみで図書館を利用しない方は、こちらにチェックしてください。(カードの発行はいたしません。)

卒業生、本学元正教職員以外の方の資料貸出は行っておりません。

年 月 日

本センター「利用規程」第4条に基づき上記申請者に利用を許可する

(図書館記入欄)

確認	勤務(所属)	その他 ( )
利用者ID	パスワード	
区分	卒業生等・学外利用者	発行日 年 月 日
摘要	新規・切替・再発行 回	旧利用者ID
備考		

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。

