

<記入例>

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)

(必須)

平成 年 月 日

札幌医科大学附属総合情報センター所長 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。

(以下 太線より上の各欄の項目を漏れなくご記入ください)

記

(申請者記入欄)

フリガナ	イダイ タロウ	(札幌医科大学) 卒業学部・学科 卒業年次	
氏名	医大 太郎 	医学部	昭和25年
本人住所	〒062-0000 札幌市豊平区〇〇東〇〇条〇丁目	自宅: (000)-(000)-(0000)	
		携帯: (000)-(0000)-(0000)	
勤務先名	〇〇内科総合病院	所属科: 小児科	
勤務先住所	〒060-8556 札幌市豊平区〇〇条西〇〇丁目	TEL	(000)-(000)-(0000)
身分	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input 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	(*本学元教員、卒業生については全項目利用可。学外者は「資料借用」不可) <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 複写 <input checked="" type="checkbox"/> 学外文献複写申込 <input checked="" type="checkbox"/> ID・パスワードのみ申請 (IDカードなし)		
メールアドレス	sapporo_taro@〇〇〇〇.co.jp		「文献複写依頼のみ希望」の場合はこの赤枠に <input checked="" type="checkbox"/> は不要

注) 学外文献複写申込にチェックされた方は必ずご記入ください

註(1) 記入はメールアドレスを除き、全項目漏れなくご記入ください。

(2) メールアドレスは卒業生・元教職員、及び文献複写申込とメールによるご連絡を希望される場合にご記入ください。

(3) 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)

平成 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	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			