

図書館特別利用カード事故届

平成 年 月 日

浜松医科大学附属図書館長 殿

所属・学科
利用者番号
(学籍番号)
(機関名)

氏 名 印
[機関の場合は代表者名]

このたび、下記のとおり特別利用カードを紛失・損傷（いずれかを○で囲む）
しましたので届け出ます。

記

カードNo.

紛失・損傷の時期

紛失・損傷の状況

損傷カードの返却 有 無

再貸与の希望 有 無

館 長	次長(教育)	学術情報課長	企画係長	情報サービス係長	担 当 者

受 付 年 月 日	
処 理 年 月 日	