

図書館特別利用登録申請書

浜松医科大学附属図書館長 殿

附属図書館の特別利用を希望しますので、登録を申請します。

なお、利用に当たっては浜松医科大学附属図書館特別利用要項及び取扱要領を遵守します。

申請年月日	平成 年 月 日	身 分（該当の口にV点）
所 属 学 科		<input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 医員（研修医含む） <input type="checkbox"/> 非常勤職員(補佐員) <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 研究生 <input type="checkbox"/> 学部学生 <input type="checkbox"/> 研究員（ ） <input type="checkbox"/> その他
ふりがな		
氏 名 (自 署)	印	
学籍番号		
職員番号		
連 絡 先	勤務先（名称）	電 話
		E-Mail
	自宅（住所）	電 話
		E-Mail
※役員、教職員及び利用要項第4条第7号に該当する者の場合は、記入する必要はありません。 診療科長、指導教員等		
		印

注）この申請書に記載していただいた個人情報は、図書館の特別利用及びその他図書館からの通知、問い合わせの目的に利用します。

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

点 検 年 月 日

カードNo.		登録・貸与年月日	備 考
受付年月日			
返却年月日			