

福井大学医学図書館利用申請書

福井大学医学図書館長 殿

医学図書館の利用について下記のとおり申請します。なお、利用にあたっては「福井大学附属図書館利用規程」及び「福井大学附属図書館医学図書館特別利用要項」を順守し、利用上の責任を負うことを誓約します。

申請日	西暦	年	月	日	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 再交付	<input type="checkbox"/> 変更
カード番号					フリガナ				
					氏名				

●カード番号は、学生証や身分証明書の裏面下部に記載されている9桁の番号です。

身分	<input type="checkbox"/> 学生(学科 年) <input type="checkbox"/> 院生(博士) <input type="checkbox"/> 院生(修士) <input type="checkbox"/> 研究生等(学生その他) <input type="checkbox"/> 教員(専任) <input type="checkbox"/> 非常勤講師・外国人研究者・客員研究員など(教員その他) <input type="checkbox"/> 研修医・医員 <input type="checkbox"/> 常勤職員(職員) <input type="checkbox"/> 非常勤職員(職員その他) <学外> <input type="checkbox"/> 他大学学生 <input type="checkbox"/> 他大学研究者 <input type="checkbox"/> 一般研究者 <input type="checkbox"/> 卒業生 <input type="checkbox"/> 元教職員 <input type="checkbox"/> 医療機関従事者* <input type="checkbox"/> 実習生など* <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> その他一般利用者
所属	目的

●所属は詳細に記入し、診療科など実際に勤務しているところを記入してください。
●教育地域科学部・工学部の学生の方は目的欄にも記入してください。

期間	西暦	年	月	日	～	年	月	日
連絡先	住所 〒							
	電話	携帯電話				内線:		
	メールアドレス							
帰省先	住所 〒							
	電話							

●学内者は、内線または電話番号あるいは携帯電話が必須項目です。図書館システム利用時に必要です。

以下は図書館事務処理用チェック欄

発行年月日	年	月	日	有効期限	年	月	日
再交付時の 削除利用者番号				備考			

NALIS 登録 入館ゲートシステム登録 自動入退館システム登録

福井大学医学図書館利用申請書に記入される前にご一読ください。

「福井大学医学図書館利用申請書」に個人情報を記載されるときは、次の点について同意した場合のみ、記載して下さい。
また、記載した個人情報の利用を停止してもらいたい場合には、下記連絡先まで連絡いただくようお願いいたします。

申請書に記載された個人情報は、医学図書館の利用者に対し種々のサービスを提供することを目的として収集するものです。このため、この目的の範囲内で福井大学の教職員が利用する場合、及び、本人の同意を得た場合のほかは、次に掲げる場合を除き、原則として、他の目的で利用したり、福井大学の職員以外に提供いたしません。

- 1) 捜査機関が捜査上必要とした場合など、行政機関等が法令に定める業務等を行うに必要な限度で利用することについて相当の理由があるときに、当該行政機関に個人情報を提供する場合
- 2) 収集した個人情報を電算処理する場合で、当該電算処理に係る業務を外部の業者等に行わせるために当該業者に対する個人情報の提供が必要となった場合(なお、この場合には、当該業者に対して個人情報保護法の趣旨に則った保護管理の義務を契約により課すことになります。)
- 3) 収集した個人情報を、当該本人の権利利益を不当に侵害するおそれがない場合に、学術研究の目的のために提供する場合

(連絡先)

福井大学医学図書館(福井大学学務部学術情報課医学情報サービス係)
Tel:0776-61-3111 内線 2177, 2178