

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。

太枠内を全てご記入ください。

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"/> 医療機関従事者 <input type="checkbox"/> 卒業生 <input type="checkbox"/> 元教職員 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> その他一般利用者 <input type="checkbox"/> 医学部特別研究員* <input type="checkbox"/> 実習生・研修生など*								
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。
 ●文京キャンパス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							
特別利用を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない								

●学内者は、特別利用の希望の有無を必ずチェックしてください。チェックのない場合、希望無しとなります。

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			

iLis-J 登録 入館ゲートシステム登録 特別利用システム登録

 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図書館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、他の目的で利用したり提供いたしません。