

県内医療関係従事者対象・学外文献複写依頼サービス利用申請及び承認書

(申請書)

福井大学医学図書館長 殿

医学図書館の学外文献複写申込サービスを利用したいので下記のとおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日
申請者	フリガナ 名前
	住所 〒
	TEL
所属機関	機関名
	住所 〒
	TEL
連絡用 E-mail	

※ 文献複写申込時の確認等を上記のメールアドレスに送信します。

(通知書)

--

殿

(申請者の氏名をご記入ください。)

上記の申請について承認しましたので通知します。

なお、文献複写における著作権、文献複写依頼画面のチェックミス、またはパスワードの管理等による問題等が発生した場合には申請者の責任となりますのでご注意ください。

(利用について)

上記承認されたサービスの利用には、「利用者ID」と「パスワード」が必要になります。

あなたの「利用者ID」と「パスワード」は次のとおりです。

(文献複写サービス申込用)【図書館で記入します】

利用者ID								パスワード								

パスワードの初期値は、「利用者ID」ですが、利用者の方で、自由に変更できますので、この通知書を受取り次第パスワードを変更してください。

なお、変更後のパスワードの管理は申込者本人が行うことになります。

令和 年 月 日

福井大学医学図書館長

岩野 正之

確認欄