福井大学医学図書館利用申請書

Application form for UF Library Medical Library

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細則」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。 Please fill in the form.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | | | 西暦　 年　　　月　　　日 | | | | | | | 申請区分 | □ 新規　　□ 更新　　□ 再交付　　□ 変更 |
| カード番号/ID NUMBER | | | | | | | | | | フリガナ/KATAKANA | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 氏名/NAME | |

* 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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学内者 | □学生（　　　　学科 年） □院生(博士) □院生(修士) □研究生等（学生その他）  □教員(専任) □非常勤講師・外国人研究者・客員研究員など（教員その他)  □研修医・医員　　　□常勤職員（職員） □非常勤職員（職員その他） | |
| 学外者 | □学生　　　　　 □他大学研究者　　□一般研究者　　　□医療機関従事者  □卒業生　　　　□元教職員　　　　　□入院患者　　　　　□その他一般利用者  □医学部特別研究員＊　　　□実習生・研修生など＊　（＊の方は下記特別利用欄もチェック） | |
| 所属  Laboratory |  | 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  PERIOD | 西暦　　　　　年　　 　 月　　　 日　　　　～　　　　　　年　　 　月　　　 日 | |
| 連絡先 | 住所/ADDRESS  〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　： | |
| E-mail |  |
| 学内者  のみ登録 | @u-fukui.ac.jp  ※MyLibrary機能の認証のために必要となります。 |
| 帰省先 | 住所/ADDRESS  〒 | |
| 特別利用を　　□希望する　　　　　□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、他の目的での利用や提供はいたしません。