

図書館利用申請書(学 生)

年 月 日

福島県立医科大学附属学術情報センター長 様

ふりがな  
氏名 (自署) \_\_\_\_\_

図書館の利用について、下記のとおり(申請・再申請)します。  
 なお、利用にあたっては附属学術情報センター図書館・展示館管理細則及び同利用細則を遵守し、  
 万が一事故あるときは責任を負うことを誓約します。

記

申請区分	<input type="checkbox"/> 利用申請 <input type="checkbox"/> 時間外利用申請												
所属名	<input type="checkbox"/> 医学部 <input type="checkbox"/> 看護学部 <input type="checkbox"/> 保健科学部 <input type="checkbox"/> 別科												
学籍番号		学 年	第 学年										
自 宅	住所〒 _____ 電話番号 (      )												
帰 省 先 (自宅以外の連絡先)	住所〒 _____ 電話番号 (      )												
E-mail アドレス		携帯電話番号											
機械警備 ICカード番号	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> カードなし *大学発行のICカードをお持ちの方はカードに記載されている8桁の番号を記入してください。 *「カードなし」の方には、図書館利用ICカードを貸与します。カード紛失等の場合は弁償となります。												

(学術情報センター処理欄)

センター長	室長	副室長	図書館・展示館担当	担当者
図書館ICカード番号				
登録・交付年月日	年 月 日			
カード受領者署名				
備 考				