様式1

受　付　番　号

附属図書館医学分館特別利用申請書

神戸大学附属図書館　医学分館長　殿

附属図書館医学分館の特別利用を下記のとおり申請します。

利用に当たっては医学分館の特別利用に関する内規を遵守します。

記

申請年月日	年　　月　　日
申請区分	□　新　規　　□　更　新　　□　変　更
身分・職種	□教　授　□准教授　□講　師　□助　教 □医　員　□医員（研修医）　□医員（専攻医） □看護師　□事務職員　□その他（　　） □大学院生（指導教官:　　学籍番号:　　） □医学科学生　（　　年次　学籍番号:　　） □保健学科学生　（　　年次　学籍番号:　　）
フリガナ	
氏名（自署）	印
所　　属	（内線　　）
自宅住所	〒 （電話　　）
利用予定期間	年　　月　　日　～　　年　３月　３１日
暗証番号	□□□□　← ４桁の数字を決めてください。
利用者コード	学生証写真下の数字 □□□□□□□□□□□□

記入していただいた個人情報は、当館の図書館サービス提供のためにのみ使用し、この目的以外に利用することはありません。

講習受講日	登　録　日
/　　/	/　　/

備考:

2011.10.01