無人開館申込者用在籍証明

九州大学医学図書館長　殿

ふりがな		学生番号	
氏　名			
所属			
身分	（　　年　　月　日まで在籍予定）		

日付　　年　　月　　日

所属　　九州大学　大学院

指導教員名　　印

上記学生は、病院地区所在の当研究室に在籍している学生であることを証明いたします。

＜事務用＞

受理日		券面番号	