

医学図書館無人開館利用申込書(教職員用)

九州大学医学図書館長 殿

申込年月日	年 月 日	■太枠内を記入してください									
ふりがな											
氏名	図書館利用者ID										
部局	医 保 歯 薬 医病 歯病 生医研 その他()										
身分	(年 月 日まで在籍予定)										
	(年 月 日まで在籍予定)										
現住所	〒										
携帯電話									電話(自宅)		
e-mail											
緊急連絡先(帰省先)	〒								緊急連絡先(帰省先TEL)		

※記入された個人情報は図書館業務に限定して使用します。

<事務用>

			券面番号										
利用について説明	有効期限	サイン	利用について説明	有効期限	サイン								
①			⑤										
②			⑥										
③			⑦										
④			⑧										
備考													

同意書

利用にあたっては特別開館(無人開館)時における医学図書館の利用に関する内規及び利用案内記載の注意事項を遵守し、図書館職員の指示に従います。
また、指示に違反した場合には、利用停止、その他の処置に服します。

上記内容に同意します。

年 月 日
