

係長	係員

教職員用図書館サービス利用申請書

令和 年 月 日

山形大学医学部図書館長 殿

貴館利用規則及び利用細則を遵守の上利用しますので、利用登録を願います。
なお、利用にあたっては下記の注意事項を遵守いたします。

☐他図書館所蔵資料の文献複写及び図書借用依頼サービスの利用を希望します。

フリガナ 氏 名							支払責任者名(*1)		*利用証の交付のみ希望の場合は、記入不要。 印	
利用証番号	5	8					*	(英字と末尾の数字を除く7桁) *既にお持ちの方		
処理区分	☐ 新規 ☐ 変更 ☐ 廃止 ☐ ()									
初期パスワード							*	*	(4桁以上の英数字 パスワードの登録を していない方は記入してください。)	
所 属										
職 名	☐ 教授 ☐ 准教授 ☐ 講師 ☐ 助教 ☐ 助手 ☐ 医員・研修医 ☐ 技術専門職員 ☐ ()									
任 期	☐ 任期なし ☐ 任期あり(年 月 日まで)									
TEL							FAX			
e-mail	@									

☐利用証の交付を希望します。☐利用証の交付を希望しません。

*他大学・病院へ転出される場合・退職の場合は、利用証を図書館カウンターにお返ください。

<注意事項>

- 注1. 初期パスワードは速やかに変更し、変更後のパスワードは申請者の責任で管理してください。
注2. パスワードの不正利用についての責任は申請者が負うものとします。
注3. (*1)支払責任者として教授又は所属長の大学運営資金による支払いの承認を受けてください
文献複写及び図書借用依頼サービスを利用を希望しない場合は、空欄にしてください。
注4. 記載事項に変更が生じた場合は速やかに図書館カウンターにお届けください。

* 以下担当係記入

受 付	令和 年 月 日	承 認	令和 年 月 日
登 録	令和 年 月 日	通 知	令和 年 月 日
許可番号		備 考	

(許可番号は、西暦の下2桁＋年度の通し番号4桁)

廃 止	令和 年 月 日	廃止理由	☐ 退 職 ☐ 転 出 ☐ その他
-----	----------	------	--

担当:医学部図書館