

# 森ノ宮医療大学附属図書館 利用申込書（校友会員）

森ノ宮医療大学附属図書館長 殿

私は、森ノ宮医療大学附属図書館を利用したく、下記のとおり申込みます。  
尚、利用にあたっては森ノ宮医療大学附属図書館の諸規則を遵守します。

※太枠の中にご記入下さい。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 再発行	申請月日	平成	年	月	日	
フリガナ				生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日 ( )歳	
申請者氏名									
自宅住所	〒 -								
電話番号	-	-		携帯	-	-			
E-mail					@				<input type="checkbox"/> パソコン/ <input type="checkbox"/> 携帯
在学時の所属	(現在) <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 卒業		<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 専門学校			学 科 (コース)			
フリガナ									
現在の勤務先									
所在地	〒 -								
電話番号	-	-		直通	-	-			
利用目的									

記載いただいた申請者の個人情報は、図書館資料の利用(利用者登録・更新等)以外の目的には使用いたしません。また、申請者の個人情報を無断で第三者に提供することはいたしません。

※以下は図書館側の記入欄です

受付年月日	年 月 日		
受付区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 再発行
本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 学生証
有効期限	年 月 日		
利用者区分			
利用者番号			

受付	カード発行