**医学分館利用者カード交付申請書**

公立大学法人 大阪市立大学学術情報総合センター 医学分館長　様

下記のとおり、利用者カードの交付を申請いたします。

なお利用にあたっては、貴センターの諸規定を遵守いたします。

＊太線枠内をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 職種区分 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 所 属 | 内線 |
| 以下は市立大学勤務以外の方のみご記入下さい | |
| 現　住　所 | 〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　（　　　　） |
| 勤 務 先 | TEL　　　　　　（　　　　） |
| 備　　　　考 |  |

* ご記入いただいた個人情報は図書館サービス以外の用途には使用いたしません。
* 現住所・連絡先に変更が生じた場合は、速やかに届け出てください。

（以下の欄は職員が記入します）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利 用 者 区 分 | □ (971) 市立医療機関（要勤務確認）  □ (972) 共同研究員等（要申請書）  □ (973) 医療連携登録医（要医療連携登録医証） | | |
| 確 認 書 類  （市立医療機関のみ） | (勤務の確認)　□職員証 □その他（　　　　　　　　 　） | | |
| 利用者ID番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 有　効　期　限 | 年　　　　　月　　　　　日 | 交付 | 入力確認 |
| 印 | /　　　　印 |
| 発　　行　　日 | 年　　　　　月　　　　　日 |