

医療従事者利用制度登録申請書

大阪市立大学学術情報総合センター 医学分館長 様

貴センターの医療従事者利用制度への登録を申請します。
 なお利用にあたっては、貴センターの諸規定を遵守して、係員の指示に従います。

利用条件について説明を受け、内容に同意します。

※太線枠内をご記入ください。

申請日	年	月	日
利用資格	大阪府内在住 ・ 大阪府内在勤		
医療資格			
フリガナ			
氏名			
現住所	〒 _____ - _____		
	電話： _____ - _____	携帯： _____ - _____	
勤務先			
所在地	〒 _____ - _____		
	電話： _____ - _____		

※ 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ID	9	7	4						
申請区分	新規 ・ 継続 ・ 再登録 (旧 ID : _____)								
確認書類	(在住・現住所の確認) 運転免許証 ・ 健康保険証 ・ その他 (_____)								
	(在勤の確認) 職員証 ・ 健康保険証 ・ 在勤証明書 ・ その他 (_____)								
	(医療資格の確認) 免許証 ・ 会員証 ・ その他 (_____)								
有効期限	年	月	日	交付		入力確認			
	年	月	日	印		/ 印			
発行日	年	月	日						