

大阪市立大学学術情報総合センター医学分館

利用者カード再交付願

*太線枠内をご記入ください。

| | |
|-------|----------------------|
| 申 込 日 | 年 月 日 |
| フリガナ | |
| 氏 名 | |
| 利用者区分 | |
| 現 住 所 | 学内の方は所属をご記入下さい 電話 |
| 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。

(以下の欄は職員が記入します)

(学外者の紛失時のみ)

| | |
|-----------|-------------------------------------|
| 再交付予定日 | 受渡日 <input type="checkbox"/> 証明書の確認 |
| 年 月 日 () | 年 月 日 |

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| カード種別 | 学情カード ・ 分館カード ※名札は庶務課人事担当で発行 | | | | | | | | | | |
| 利用者 ID | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 有効期限 | 年 月 日 | | | | | | | | | | |

| | |
|--------|--------------------------------|
| 再交付種別 | 処理確認事項等 |
| 破損・改姓等 | <input type="checkbox"/> カード回収 |
| 紛 失 | 再交付利用者 ID : |

| | | |
|----|-------|----|
| 受付 | 発行・入力 | 交付 |
| | | |

| | |
|------|--|
| 入力確認 | |
| / | |