福岡大学図書館　医学部分館
利用申込書(FUL CARD)

※太枠内は記入漏れのないようお願いいたします。

年　　月　　日

フリガナ		区分	□ 新規 □ 更新 □ 再交付
氏名			
住所	(〒　　-　　) 電話番号(　　)　　－ 携帯番号(　　)　　－ E-mail		
連絡先	(〒　　-　　) 帰省先など上記以外の連絡先がある場合のみ記入 フリガナ 連絡先氏名 (　　) 電話番号(　　)　　－		
種別	※該当する種別にチェックをつけてください。		
	□ 有信会(医学部卒業生のみ) (旧学籍番号:　　)(　　年　卒)(旧姓:　　)		
	□ 父母後援会 [医学部在学生の保護者]　(子の氏名 :　　) (子の学科 :　□ 医学科 ・ □ 看護学科)		
	□ 福岡大学定年退職者(医学部・病院のみ)(　　年　退職)		
	□ 部外修練者(講座名:　　)		
	□ 医学部研究生(指導講座名:　　)		
	□ 臨床教授・臨床准教授		
	□ その他　(　　)		
	□ 名誉学長・名誉教授　(図書館ウェブサービス: □ 要 | □ 不要)		
	□ 客員教授・研究員・研修員　(図書館ウェブサービス: □ 要 | □ 不要)		
カード番号	利用者ID　　再交付回数	有効期限	・　・
時間外対応			
備考			

作成日		係	
カード引渡日		カード引渡係	

※ご記入いただいた個人情報は、図書館業務に限り使用いたします。