

# 福岡大学図書館 医学部分館利用申込書 (FUL CARD)

Fukuoka University Medical Library Usage Application

フリガナ					※太枠内は記入漏れのないようお願いいたします。				
氏名					年	月	日		
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( ) -				
利用者 区分	※該当する区分にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 有信会(医学部卒業生のみ) (旧学籍番号: ) ( 年卒)(旧姓: ) <input type="checkbox"/> 父母後援会 (子の氏名: ) (医学部在学学生保護者) (子の学科: <input type="checkbox"/> 医学科   <input type="checkbox"/> 看護学科 ) <input type="checkbox"/> 福岡大学定年退職者(医学部・病院のみ) ( 年 退職 ) <input type="checkbox"/> 部外修練者 (講座名: ) <input type="checkbox"/> 医学部研究生 (指導講座名: ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 名誉学長・名誉教授 (図書館ウェブサービス: <input type="checkbox"/> 要   <input type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> 客員教授・研究員・研修員 (図書館ウェブサービス: <input type="checkbox"/> 要   <input type="checkbox"/> 不要 )								
備考									
カード 番号	利用者コード				再交付 回数	有効期限日			
区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 再交付			作成日	. .		作成担当		
				引渡日	. .		引渡担当		
				入力日	. .		入力担当		

※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。  
 ※1月～3月上旬の医師及び看護師国家試験前等、ご利用いただけない期間がございます。