

新規 ・ 更新

new

renew

( どちらか該当する方に○ )

(Circle the applicable option)

# 北海道大学医学部図書館特別利用申請書 (学部学生用)

Application Form for Special Access to the Library, School of Medicine (For Undergraduate Students)

太枠内にご記入ください / Please fill in the boxed areas

学生番号 Student No										申込年月日 Application date	年 Y	月 M	日 D	
在籍期間 Period of Enrollment	～									電話番号 Contact Phone Number				
フリガナ Name in Kana														
氏名 Name										E-mail *必須 *Required				
身分 Year of Study	医学部 医学科 School of Medicine			年 year										
備考										登録日				
特別利用について、利用上の注意を遵守します I agree to comply with the usage guidelines for Special Access.														
住所 address										氏名 signature				印

★登録内容に変更があった場合は速やかに届け出ること

★Any changes to the registered information must be reported promptly.