

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 月 日 Y M 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.