|  |  |
| --- | --- |
| 受付カウンター | 受付番号 |
| **佐倉** | 西暦（年度）　　NO  **S－　　　－** |

**東邦大学医学メディアセンター地域医療従事者利用申請書**

東邦大学医学メディアセンターの利用を申請します。

利用にあたっては，東邦大学医学メディアセンター学外者利用規則を順守いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請 | 新規　・　継続　※継続の方のみ（ID：　　　　　　　　　　） |
| 名前 |  |
| 名前ヨミ |  |
| 勤務先 |  |
| 住所 | (自宅・勤務先)  〒 |
| 電話 | (自宅・勤務先・携帯)　　　　　－　　　　－ |
| メール |  |

※個人情報の取扱いについて

東邦大学メディアセンターが管理する業務システムに登録されます。使用目的は，メディアセンター利用サービスであり，それ以外の目的では使用しません。

＊＊＊＊＊＊＊医学メディアセンター記入欄＊＊＊＊＊＊＊

受付者：

ご本人確認（以下のA, B, Cいずれか）：

Ａ．連携医訪問カード

Ｂ．勤務先身分証（顔写真付き）

Ｃ．勤務先の確認できるもの（　　　　　　　　　　）及び

顔写真付き身分証（免許証・パスポート・その他（　　　　　　　　　））

|  |  |
| --- | --- |
| 医学メディア  センター長 | 医療連携・患者支援センター長 |
|  |  |