

医学メディアセンター
電子情報部門 行

所属上長 または 指導教員印	申込者印
印	印

エルゼビア社トランザクション利用願

	(申込日) 年 月 日	
申込区分	新規 ・ 更新	
申込者名 (漢字)	(姓)	(名)
申込者名 (ローマ字)	(姓)	(名)
職名		
所属		
教職員番号・学籍番号		
連絡先 (内線番号・PHS番号等)		
E-mail (大学メールアドレス)		
希望利用期限	年 月 日 まで	

(※) 最長の利用期限は申請年度の末日です。3月の受付のみ翌年度末日まで可となります。

医学メディアセンター使用欄		
受付日	受付番号	担当者