

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