受付カウンター	受付番号
大橋	西暦(年度)　NO H－　　－

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，メディアセンターが提供するサービスのためであり，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：

ご本人確認書類(以下のA. Bいずれか)：

A．勤務先身分証（顔写真付き）

B．勤務先の確認できるもの（名刺・その他（　　））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	病診連携室