

## 共同利用研究推進施設入室カードキー 新規交付申請書

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

藤田保健衛生大学

申請者

所属

職名

連絡先 (学内電話)

連絡先 (携帯電話\*)

氏名

印

※ 個人情報を遵守し、連絡先 (携帯電話番号) は緊急時以外に使用しません。

共同利用研究推進施設のカードキー管理規約を遵守し、以下の共同利用研究推進施設への入室管理カードキーの交付を申請します。

利用を希望される施設 (研究室) の□にチェック☑を付けてください。

医学部 1 号館 3 階 中央研究センター	医学部 1 号館 303 研究室	医学部 1 号館 304 研究室	医学部 1 号館 305 研究室	大学病院 2 階 電子顕微鏡室
□	□	□	□	□
医学部 3 号館 1 階 105・106 号室				
□				

許可印

施設長

事務措置欄

カード番号

カード登録日

年 月 日

担当者

印

内容

新規カードキー交付料 3,000 円

連絡欄

事務担当者