

共同利用研究推進施設入室カードキー 再交付申請書 (紛失・破損)

平成 年 月 日

藤田保健衛生大学

申請者

カードキー番号

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に基づき、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再交付を申請致します。

中央研究センター	303 研究室	304 研究室	305 研究室	電子顕微鏡室

再交付理由：紛失・破損 (破損の場合は、以下に理由を記入。)

破損理由：

許可印

施設長

事務措置欄

旧カード番号

旧カード無効登録 年 月 日

新カード番号

新カード有効登録 年 月 日

担当者 印

内容 再交付料 (無料 / 3,000 円)

連絡欄

事務担当者