

共同利用研究推進施設入室カードキー 返却届出書

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

藤田保健衛生大学
共同利用研究推進施設 施設長 殿

申請者

カードキー番号 _____

所属 _____

職名 _____

職員番号 _____

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。

カードキーを返却しますので保証金 3,000 円の返却手続きをお願い致します。

銀行名 (_____ 銀行 _____ 支店)

預金種目 (普 / _____) 口座番号 (_____)

刀がナ _____

口座名義人 氏名 _____

※通帳表紙のコピーを添付すること。

許可印

共利研施設長

事務措置欄

カード番号 _____

カード無効登録 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当者 _____ 印

事務責任者