

オープンファシリティセンター入室カードキー 紛失・破損届出書(有償)

年 月 日

藤田医科大学

オープンファシリティセンター長 殿

申請者

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〔 破損 ・ 紛失 〕しましたので届出をいたします。

なお、カードキーは、保証金3,000円から弁償することを申請します。

理由：

許 可 印

センター長

| |
|----------------|
| 許 可 印 センター長 |
| |

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 新規カードキー交付料 3,000 円

連 絡 欄

事務責任者

| |
|-------|
| 事務責任者 |
| |