

オープンファシリティセンター入室カードキー 返却届出書

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。

カードキーを返却しますので、保証金3,000円の返金手続きをお願いいたします。

銀行名 銀行 本店・支店

預金種目 普通 / その他 ( ) 口座番号

口座名義人 フリガナ

口座名義人  
(申請者名義口座で  
お願いいたします)

氏名

※通帳(カード)のコピーを添付すること

職員証で入室する施設について、チェック☑を付けてください。

今後は利用しません。

引き続き利用します。(年度毎に更新手続きが必要になります。)

許 可 印

センター長

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