医学情報センターガイダンス申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日： | 　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名 | 教職員番号/学籍番号： |
| 氏名： |
| 申込者所属 | □医師/教員　□看護師　□職員　□大学院生　□学部学生 |
| 学科/研究科/部署名： |
| 連絡先 | 内線・MPS： |
| Mail： |
| 希望実施日時 | 第１希望：　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分　 |
| 第２希望：　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分　 |
| 第３希望：　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分　 |
| 参加予定者所属 | □医師/教員　□看護師　□職員　□大学院生　□学部学生 |
| 学科/研究科/部署名： |
| 参加予定人数 | 　　　名 |
| 実施会場 |  | □確保済　□未確保 |
| 希望内容・要望等※使用データベースやテーマなど、できるだけ具体的にご記入ください。 |
|  |

※申請書に記載された個人情報は、図書館の利用者に対しサービスを提供することを目的として収集するものです。第三者への提供は一切行いません。

【問合先】医学情報センター

電話　045-787-2556(内線2556)

Mail　mlibrary@yokohama-cu.ac.jp