

## 医学情報センターガイダンス申込書

申込日： 20XX年 X月 X日

申込者氏名	教職員番号：1234567 氏名：横浜 太郎	
申込者所属	<input checked="" type="checkbox"/> 医師/教員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 学部学生	
	学科/研究科/部署名：△△△教室	
連絡先	内線・MPS：787-1234 (内線 1234) Mail：sample@yokohama-cu.ac.jp	
希望実施日時	20XX年 X月 X日 (X) XX時XX分～ XX時XX分のX時間X分	
参加予定者所属	<input checked="" type="checkbox"/> 医師/教員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 学部学生	
	学科/研究科/部署名：△△△科	
参加予定人数	XX名	
実施会場	看護教育研究棟X階 XX教室	<input checked="" type="checkbox"/> 確保済 <input type="checkbox"/> 未確保
希望内容・要望等	<ul style="list-style-type: none"><li>・対象者：初期研修医</li><li>・希望内容：医学情報センターの利用案内、文献検索方法</li><li>・使用希望データベース：医中誌 Web、PubMed →基本的な使い方に加え、シソーラスや MeSH についても触れてください。</li><li>・上記希望日時で実施が難しい場合は、以下の日時を希望します。 ①XX月XX日X時～ ②XX月XX日X時～</li><li>・配付資料がある場合は、XX月XX日X時まで電子メールで送付してください。</li></ul>	
医学情報センター記入欄		

【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