

年 月 日

個人情報を含む資料閲覧申請書

貴館が所蔵する資料の利用を下記の通り申請します。

利用に際しては貴館の規則・注意事項に従います。また、資料から得られた情報の扱いについては、下記の利用目的以外には使用しないこと、および一切の責任を負うことを誓約いたします。

記

申請者氏名			
住所			
電話番号 / E-mail	Tel	E-mail	
閲覧希望資料	資料名	発行・作成年	
利用目的			
発行・作成年からの 経過年数	<input type="checkbox"/> ①～29年	<input type="checkbox"/> ②30～49年	<input type="checkbox"/> ③50年～
経過年数が①、②の場合→1へ ③の場合→2へ			
1. 個人情報記載資料に 情報が記載されている 人物との関係	<input type="checkbox"/> A. 本人	<input type="checkbox"/> B. 本人の同意を得た者	<input type="checkbox"/> C. 同一学協会会員 <input type="checkbox"/> D. その他
1がA～Cの場合→2へ Dの場合→欄外※印参照			
2. 複写希望	なし あり(希望部分 P. ～ P.)		

※資料の作成発行後 30年未満：閲覧・複写ともに不可、30～49年：閲覧のみ可

セルフコピーは出来ませんので、複写を希望される際はカウンターにお申し出ください。
劣化資料など通常の複写ができないものについては、別途「貴重資料等複写申込書」を記入して
いただく必要があります。

医学図書館記入欄

年 月 日

備考：

チェック欄 PC貸出(PC番号：)

確認書類：本人確認書類 (Bのみ) 本人からの同意書

月 日 事前照会あり、専門員了承済み

閲覧	複写
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

館長(専門員)許可