

年 月 日

文献複写・貸借依頼の公費使用申請書

大阪公立大学 阿倍野医学図書館長 殿

教室名 _____

教室責任者名 _____ 印

内線 _____

下記の者について、文献複写・貸借依頼の支払において、当該予算を使用することを認めますので、お願いいたします。

氏名	
利用者 I D (職員番号・学籍番号等)	
連絡先電話番号	
使用を許可する財源	<input type="checkbox"/> 教室費 <input type="checkbox"/> 教員教育費 <input type="checkbox"/> 教員研究費 <input type="checkbox"/> 奨励寄付金 <input type="checkbox"/> 受託事業費 <input type="checkbox"/> 受託研究費 <input type="checkbox"/> 共同研究 <input type="checkbox"/> 科研費
プロジェクト番号	

* 許可期間は当該年度末までとする

- ・上記の内容に変更が生じた場合は速やかにご連絡ください。
- ・ご記入いただいた個人情報は図書館業務以外には使用いたしません。