

# 医療従事者利用制度登録申請書

大阪公立大学 阿倍野医学図書館長 様

下記のとおり、医療従事者利用制度への登録を申請します。

なお、利用にあたっては生涯学習を目的とし、貴館の諸規定を遵守して、係員の指示に従います。

利用条件について説明を受け、内容に同意します。

※太線枠内をご記入ください

申請日	年	月	日
在住地	大阪府・三重県・滋賀県・京都府・兵庫県・奈良県・和歌山県		
医療資格	医師・看護師・その他( )		
フリガナ			
氏名			
生年月日	年	月	日
現住所	〒	—	
電話	携帯	自宅	

※ご記入いただいた個人情報は図書館サービス以外の用途には使用いたしません。

※現住所・電話番号に変更が生じた場合は、速やかに届け出てください。

(以下の欄は職員が記入します)

利用者ID	再発行回数
9 7 4	A
有効期限	年 月 日
現住所確認	□運転免許証 □住民票 □マイナンバーカード(個人番号カード) □在留カード □特別永住者証明書 □その他( )
医療資格の確認	□免許証 □会員証 □その他( )

ICカード持参	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	発行ICカード	<input type="checkbox"/> 新品 <input type="checkbox"/> 再利用	
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再登録(ID変更なし)			
発行者	<input type="checkbox"/> iLis有効期限入力	<input type="checkbox"/> 発行館入力	<input type="checkbox"/> iLis有効期限変更	<input type="checkbox"/> 発行館入力
/	<input type="checkbox"/> 再発行回数更新【 】		<input type="checkbox"/> 発行日入力	<input type="checkbox"/> 有効期限シール貼付
	<input type="checkbox"/> 発行機:期限印字変更		データありカードなしの場合	<input type="checkbox"/> 再発行回数更新
	<input type="checkbox"/> カウント画面呼び出し	<input type="checkbox"/> カード内発行回数確認	<input type="checkbox"/> 生年月日入力	
確認者	<input type="checkbox"/> iLis有効期限確認	<input type="checkbox"/> 発行館確認	<input type="checkbox"/> iLis有効期限確認	<input type="checkbox"/> 発行館確認
/	再発行回数確認【 】 <input type="checkbox"/> iLis <input type="checkbox"/> 発行機		<input type="checkbox"/> 発行日確認	
	<input type="checkbox"/> 発行機:期限印字確認	<input type="checkbox"/> 入退館端末	データありカードなしの場合	<input type="checkbox"/> 再発行回数確認

備考

ID:

大阪公立大学 阿倍野医学図書館 2025.12