

滋賀医科大学情報ネットワーク停止解除申請書（教職員・大学院生用）

年 月 日

最高情報セキュリティ責任者（CISO）殿

所属	
職名	
氏名	
職員番号	
本学の e-mail	@belle.shiga-med.ac.jp
連絡可能な e-mail	
電話番号/内線番号	
FAX	

情報セキュリティ（e-Learning）を受講しなかったことにより停止されたアカウント（メールアドレス）の停止解除を申請いたします。

なお、申請にあたり、以下について誓約いたします。

アカウント（メールアドレス）停止解除にかかる誓約書

- 1) 停止解除後、速やかに 情報セキュリティ（e-Learning）を受講し、終了いたします。
- 2) 以降、受講対象となる 情報セキュリティ（e-Learning）が実施された場合は、必ず指定期間内に受講し、終了いたします。

署名： _____ 年 月 日

上記申請者が、アカウント（メールアドレス）の停止解除を行うことを承認いたします。

【部署等の長】

所 属： _____

氏 名： _____（自署）