

提出期限：申請書提出時

依頼日： 年 月 日

電気錠解錠・施錠依頼(学外者用)

理由：
(使用目的名称等件名)

※案内文やポスター等、内容・時間が確認出来るものを添付願います。

上記理由に伴い、下記のとおり依頼します。解錠・施錠を希望する場所には監視員を常時配置します。

(★印についてのみ記入)

★使用室名	扉	★日 付	★解錠時間	★施錠時間	★備 考				
		年 月 日 曜日	時 分	時 分					
		年 月 日 曜日	時 分	時 分					
		年 月 日 曜日	時 分	時 分					
		年 月 日 曜日	時 分	時 分					
		年 月 日 曜日	時 分	時 分					
		年 月 日 曜日	時 分	時 分					
		年 月 日 曜日	時 分	時 分					
		年 月 日 曜日	時 分	時 分					
		年 月 日 曜日	時 分	時 分					
		年 月 日 曜日	時 分	時 分					
★その他 連絡事項			担当部署			施設課資産管理係使用欄			
			担当者名			電話	解錠設定不可	<input type="checkbox"/>	解錠設定可
						SECOM	警備	確認	

施設課資産管理係(077-548-2030)
Mail ; hqkanzai@belle.shiga-med.ac.jp