

係 長	学生支援係

福 利 棟 学 習 室 使 用 願

年 月 日

滋 賀 医 科 大 学 長 殿

団 体 名 _____

学 年 _____

学 籍 番 号 _____

所属講座・課等名 _____

氏 名 _____

下記のとおり施設を使用したいので、許可くださるようお願いします。
 なお、使用にあたっては所定の事項を遵守します。

記

使用希望日	年 月 日 ()	
使用希望者	学籍番号	氏名
備 考	<input type="checkbox"/> 使用希望日から1週間連続しての使用を希望する。	

- 注1. 本願の受付は、使用希望日が属する週の前週の木曜の午前までとし、金曜日午後になるつと滋賀医大にて予約状況を確認すること。
- 注2. 使用希望日から1週間連続使用を希望する場合は備考欄にチェックを入れること。但し、1週間連続使用は最高学年にのみ許可する。