|  |  |
| --- | --- |
| 係　長 | 学生支援係 |
|  |  |

別紙様式２

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（□別紙名簿添付） | 学籍番号 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 備　　 考 | □使用希望日から１年間連続しての使用を希望する。 |

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、金曜日午後にまるっと滋賀医大にて予約状況を確認すること。
2. 使用希望日から１年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。ただし、１年間連続使用は最高学年にのみ許可する。なお、連続使用を希望する場合も、学内行事等の際は使用を認めないことがある。