

提出期限：「施設一時使用許可申請書」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。

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。

（*印の欄をご記入ください。）

*使用建物・室名	扉	*施設使用日				*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						*申請者情報				施設課資産管理係使用欄					
						団体等名				解錠設定不可	<input type="checkbox"/>	解錠設定可		<input type="checkbox"/>	
						当日責任者名						SECOM		警備	
						担当者名				解錠設定不可・臨時入校カード貸与	<input type="checkbox"/>				
						連絡先	電話								
メール															

提出・問合せ先	滋賀医科大学施設課資産管理係 TEL: 077-548-2030 Mail: hqkanzai@belle.shiga-med.ac.jp
---------	---