

年 月 日

図書館長 殿

箇所

印

代表者

図書館カード交付願(研究所など)

下記の者に図書館カードを交付していただきたく、お願い申し上げます。
なお、事故等が生じた場合の責任は箇所の代表者が負うものといたします。

記

氏名 Name			
生年月日 Date of Birth	年 YYYY	月 MM	日 DD
住所 Address	〒 ー		
	連絡Tel ()		
本属 Affiliation		資格 Position	
受入資格 Position in Waseda			
受入期間 Affiliation Period	年 YYYY	月 MM	日 DD
	~	年 YYYY	月 MM
		日 DD	
備考 Note	※希望するカードの種類を選択してください。 青カード(貸出可) ・ 赤カード(閲覧のみ・貸出不可)		

*ご記入いただいた個人情報は図書館カード交付およびその連絡にのみ使用します。