

メディア貸出依頼書

受付日付: 年 月 日
 Fax: 029-853-2478
 TEL: 029-853-2451

申請者にて記入願います。
 拠点担当者にて記入いたします。

学術情報メディアセンター 担当: 坂田 行
 該当の番号を○で囲んで下さい。

※ご返却時(インストール後)に記入してください。

No.	貸出希望メディア名	貸出枚数	インストール予定台数	インストール台数	言語	プラットフォーム*	メディア番号	返却予定日**
1	Office Pro Plus 2019	1 個			<input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> 32bit <input type="checkbox"/> 64bit		月 日
2	Office Pro Plus 2016	1 個			<input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> 32bit <input type="checkbox"/> 64bit		月 日
3	Office Pro Plus 2013	1 個			<input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> 32bit <input type="checkbox"/> 64bit		月 日
4	Office 2019 for Mac	1 個			<input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> English			月 日
5	Windows 10 Enterprise Upgrade	1 枚			<input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> 32bit <input type="checkbox"/> 64bit		月 日
6	Windows 10 Pro Upgrade	1 枚			<input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> 32bit <input type="checkbox"/> 64bit		月 日
7	Windows 8.1 Enterprise Upgrade	1 枚			<input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> 32bit <input type="checkbox"/> 64bit		月 日

*OSが『Windows』の場合のみ選択してください。

**返却予定日は貸出期間3日を基本に設定させていただきます。

【希望貸出拠点】

該当拠点 : ☐ 学術情報メディアセンター事務局 ☐ 春日サテライト事務局 ☐ 情報基盤課 ☐ 学校支援課(総務担当)

【申請者情報】

所属名:

統一認証ID***:

0	0	0	0									
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ※職員証裏記載の13桁

申請者:

***職員証の裏面に記載されている13桁の番号となります。
 ※以下の項目は、メディアをお渡しする時点でご記入頂きます。

【メディア貸出】

貸出日付: 年 月 日

(受領時)署名欄:

☐ 今回(または以前), 貸出メディアの利用誓約書に同意しました。

拠点担当者:

※拠点担当者は本紙コピーを貸出メディアと併せてお渡しください。

TEL:

FAX:

e-Mail:

【メディア返却】

返却日付: 年 月 日

(返却時)署名欄:

拠点担当者:

※拠点担当者はメディア返却時に依頼者に上記全て記載された本紙コピーをお渡しください。