

紛失届

京都大学医学図書館長 殿

医学図書館所蔵の下記資料を紛失、破損・汚損等しましたので届け出ます。

※太枠の中をご記入ください(1冊につき1枚)		届出日	年	月	日
氏名		所属 (内線)	()		
利用証番号 (学生証番号)		身分			
現住所	〒				
	電話 :	携帯電話 :			
	e-mail :				
帰省先	〒				
	電話 :				

書名					
著者名					
請求記号			資料ID		
配架場所	<input type="checkbox"/> 開架	<input type="checkbox"/> 書庫	返却期限日	年	月 日
届出理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 (いずれかに✓を入れてください) 具体的な理由 :				

書誌ID		ISBN	
------	--	------	--

弁償日	年	月	日	確認者	
-----	---	---	---	-----	--

----- (処理欄) -----

<input type="checkbox"/> 「在籍区分」変更 (1:在籍→3:紛失) <input type="checkbox"/> 「コメント」欄入力	弁償期限日	年	月	日
	除却処理	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ()		
<input type="checkbox"/> 「コメント」欄消去 <input type="checkbox"/> 「在籍区分」変更 (3:紛失→1:在籍)	備考			

※弁償が完了したら用紙右上に「済」と記入し、「処理欄」が写らないよう折り曲げてコピーして、コピーを利用者に渡す。