

年 月 日

関西医療学園専門学校図書会  
委 員 長 殿

## 図 書 会 員 申 込 書

氏 名	Ⓜ
住 所	〒
電話番号	( ) -

このたび、  
閲覧会員  
貸出会員 として入会を申し込みます。

※図書会の諸規定をよく読んでご入会ください。

※下の「卒業生確認書」に、関西医療学園専門学校事務室で確認印を受けて、  
図書会事務室（図書室）にお申し込みください。

※「貸出会員」となられる際は（本校教職員以外の）保証人が必要です。  
別紙誓約書に記入の上添付してください。

---

## 卒 業 生 確 認 書

令和  
上記の者は、平成  
昭和  
西暦

東 洋 医 療  
東洋医療鍼灸  
年3月に本校 柔 道 整 復 学科を卒業した事を証明します。  
理 学 療 法  
歯 科 衛 生  
( )

年 月 日  
関西医療学園専門学校  
学 務 係 Ⓜ