

医学図書館所蔵資料文献複写申込書(卒業生・OB用)

※太線枠内の欄にご記入の上、郵送またはFAXにてお送りください。

受付No.		受付日		発送日		
申込日						
誌名 書名						複写料金
巻号		ページ		発行年		モノクロ(1枚40円)
著者						枚
論題						円
典拠	PubMed ID () 医中誌WebID () その他()					枚
複写方法	1) 全頁モノクロ複写 2) カラーページについてはカラー複写 ※どちらかを選択してください。モノクロ1枚40円 カラー1枚80円です。					円
送付方法	1) 普通郵便 2) 速達 ※どちらかを選択してください。					送料
フリガナ お名前						円
御身分	1) 医学部卒業生(卒業年度 年) 2) 医学系研究科修了生(修了年度 年) 3) 医学系研究科・医学部・附属病院所属していた元教員(助教以上) (在籍期間: 年～ 年) 4) 医学部名誉教授					※料金支払い 郵便振込用紙をお送り しますので、指定の口座に お振込ください。
ご住所	〒					領収日
TEL / FAX						
E-Mail						

※著作権に関し一切の責任は申込者が負います。

謝絶連絡欄 所蔵なし 欠本 未着(巻 号まで到着) 行方不明

貸出中(月 日頃返却予定) 製本中(月 日頃出来上がり予定) 複写不能

参照不全

その他

複写物送付先

住所

〒

様