

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<br>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 ( )<br>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<br>※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<br>お名前 |   |     |  |     |  | 円  |
| 利用者コード      |   |     |  |     |  | 合計   |
| 御身分         | 1) 医学部卒業生(卒業 年)<br>2) 医学系研究科修了生(修了 年)<br>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)<br>(在籍期間: 年～ 年)<br>4) 医学部名誉教授 <input type="checkbox"/> |     |  |     |  | ※料金支払い<br>郵便振込用紙をお送りし<br>ますので、指定の口座に<br>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 |
|---|---|