文 献 複 写 申 込 書

東京大学医学図書館長　殿　　受付 No.（東大）＿＿＿＿＿＿

下記の通り申し込みます。　　この申込みによる著作権に関する一切の責任は申込者が負います。

ヨミガナ		TEL:	FAX:	受付日:
申請者名		E-mail:		
住所:〒				受注番号:
所属先（会社・学校名など、昼間の連絡可能先）		TEL:	FAX:	<ニチマイ> 担当:
		E-mail:		
請求記号・資料名・巻号・頁・論題　など				受注日:

冊数	請求記号
秩 冊	
秩 冊	
秩 冊	

備考:（支払書類の宛名指定がある場合、製品の送付先が上記住所と異なる場合などはこちらにお書きください。）

複写条件:　複写資料を他の目的（掲載等）で使用する場合は、新たに目的に応じた申請書を提出すること

利用目的:

希望するものに印をつけてください			数量	金額			数量	金額
	マイクロ（モノクロ）	□紙焼き	枚	¥	デジタル（カラー）	□画像データ	コマ	¥
		【A4　B4　A3　実寸　指定なし】				【 TIFF　JPEG　PDF 】		
		□35mmポジフィルム複製	コマ	¥		□紙プリント	枚	¥
	画像印刷	モノクロ　学内者20円　学外者40円	枚	¥		【 A4　B4　A3　実寸　指定なし】		
		カラー　学内者60円　学外者80円	枚	¥				
					東大図書館への画像データ納品　　要　／　不要			

ニチマイ記入欄					
	撮影基本料	件	¥	送料及び発行事務手数料　¥　900	
	35mm撮影	コマ	¥	合計　¥	
	フィルム包材費（リール・帯・箱）	式	¥	（うち消費税　¥　　）	

※ 一旦納めた料金は還付しません。

館長（専門員）
許可印

職員チェック欄
□マイクロ　□その他（　　）