

文献複写申込書

申込日 H 年 月 日

岐阜県立看護大学図書館長 殿

下記のとおり申込みます。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。

申込者氏名			連絡先電話番号			
住 所	〒 -					希望送付先 自宅 勤務先 図書館
勤 務 先 もしくは 図書館名	〒 - (担当:)					
誌(書)名			出版社			
巻 号	巻 号	発行年月	年 月	ページ	P.	~P.
論 題						
著 者						
典 拠	医学中央雑誌 最新看護索引 その他()					
備 考						

通知欄

受付NO		受付日	H 年 月 日	発送日	H 年 月 日
謝 絶	所蔵なし 欠本 欠号 未着 複写不能 参照不完 製本中 その他				
複写料金	円 (複写 円 (@50円× 枚)・送料 円)				
領収年月	H 年 月 日				
備 考					

記載された内容は、文献複写の発送及び代金支払い等の確認のみに使用します