

文献複写申込書

申込日 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文献使用者が負います。

文献使用者名			照会時の電話番号 もしくは メールアドレス		
請求書宛名	※私費払いの場合は文献使用者名を、所属払いの場合は所属名を記入してください。				
送付先	※病院等の所属や図書館へ送付希望の場合は、病院名や図書館名まで記入してください。 未記入の場合、郵便が届かない恐れがあります。 〒				
	申込担当者名 ※病院等の所属や図書館から申し込みをする場合は、記入してください。				
	送付方法	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 速達 ※速達料金がかかります			
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	<input type="checkbox"/> 医学中央雑誌 <input type="checkbox"/> 最新看護索引 <input type="checkbox"/> その他()				
希望する複写種別	<input type="checkbox"/> 全てのページを白黒で複写 <input type="checkbox"/> カラーページは全てカラーで複写 <input type="checkbox"/> カラーページの内、カラーでない判読できないページのみカラーで複写				
備考					

通知欄

受付NO		受付日	年 月 日	発送日	年 月 日
謝絶	<input type="checkbox"/> 所蔵なし <input type="checkbox"/> 欠号 <input type="checkbox"/> 所在不明 <input type="checkbox"/> 複写不能 <input type="checkbox"/> 製本中 <input type="checkbox"/> その他				
料金	合計 円		内 白黒 枚 円	内 送料 円	
			内 カラー 枚 円		
備考	※白黒複写 @50円 カラー複写 @80円				

※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。