

受付

(他機関へ依頼) 文献複写申込書

年 月 日

下記の通り文献複写を申込みます。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	学籍番号		氏名	
	電話番号	※緊急連絡時のみ使用します		

書 誌 事 項	論題					
	著者					
	書名 雑誌名					
	ISSN					
	巻・号	巻	号	ページ	発行年	
	典拠	<input type="checkbox"/> 医中誌 <input type="checkbox"/> CiNii <input type="checkbox"/> PubMed <input type="checkbox"/> その他() 文献番号 :				

カラーの図版があった場合 カラー ・ モノクロ 印刷を希望 ※カラー印刷は料金が加算されます
所蔵確認はしましたか? はい

※申込みにかかる料金(送料+複写代金等)は実費負担です。

※文献が届き次第ポータルサイトにて連絡します。連絡を受けてから10日以内に取りに来てください。

※一度の申込みは10件まででお願いします。