

(他機関へ) 文献複写申込書

受付No.

年 月 日

下記の通り文献複写を申込ます。この申込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	書名 雑誌名					
	ISSN					
	巻・号	巻	号	ページ	発行年	
	典拠 (何で調べたか)	<input type="checkbox"/> 医中誌 <input type="checkbox"/> CiNii <input type="checkbox"/> PubMed <input type="checkbox"/> その他() 文献番号 :				
	著者					
	論題					

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

※送料と複写代金は実費負担です。

※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