

受付No.

(他機関への)文献複写申込書 (教員用)

年 月 日

下記の通り文献複写を申します。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	所属学科	氏名	
-----	------	----	--

書 誌 事 項	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 :				
	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						
支払い方法		研究費 ・ 卒研費 (科目 : ) ・ 私費				