文献複写申込書

・ご依頼前に本学蔵書の検索を行ってください。
・黒枠内にご記入ください。
・お申込みから約１週間かかります。ご了承ください。

文献複写申込書	受付 No.	年　月　日	依頼先	

著者 論題 誌名 巻号 ページ 年 出典 (医中誌 ID PMID)		着日 枚数 ＿＿＿ 複写料金 ＿＿＿ 送料 ＿＿＿ 合計 ＿＿＿ 受領日 受領印 支払方法 (○を付けてください) ・私費 ・個人研究費 ・学内研究費 (　　) ・その他の研究費 (　　) ・その他 (　　)

著作権に関する一切の責任は申込者が負います。

申込者：　職員番号　学生番号　　氏名

・印刷(モノクロとカラーでは料金が違います)	モノクロ	・カラー
・国内に無い場合海外への依頼を希望しますか	はい	・いいえ
・メディカル・オンライン[PDF]	有	・無
・CiNii [本文あり]	有	・無

受領証

学外文献複写

枚数　　枚

複写料金　　円

送料　　円

合計

円

平成　年　月　日

熊本保健科学大学附属図書館

文献複写申込書

・ご依頼前に本学蔵書の検索を行ってください。
・黒枠内にご記入ください。
・お申込みから約１週間かかります。ご了承ください。

文献複写申込書	受付 No.	年　月　日	依頼先	

著者 論題 誌名 巻号 ページ 年 出典 (医中誌 ID PMID)		着日 枚数 ＿＿＿ 複写料金 ＿＿＿ 送料 ＿＿＿ 合計 ＿＿＿ 受領日 受領印 支払方法 (○を付けてください) ・私費 ・個人研究費 ・学内研究費 (　　) ・その他の研究費 (　　) ・その他 (　　)

著作権に関する一切の責任は申込者が負います。

申込者：　職員番号　学生番号　　氏名

・印刷(モノクロとカラーでは料金が違います)	モノクロ	・カラー
・国内に無い場合海外への依頼を希望しますか	はい	・いいえ
・メディカル・オンライン[PDF]	有	・無
・CiNii [本文あり]	有	・無

受領証

学外文献複写

枚数　　枚

複写料金　　円

送料　　円

合計

円

平成　年　月　日

熊本保健科学大学附属図書館