

宛名シール

〒	-	御中
---	---	-----------

〒 横浜市立大学医学情報センター
FAX: 045-787-2560

〒236-0004
横浜市金沢区福浦3-9
← 横浜市立大学医学情報センター コピー室
(送付された複写文献に関するお問い合わせ)
TEL, FAX : 045-787-2518

連絡事項:

	申込No. / 計 件	申込日付 / /		日付 / 受付No.	
文献複写・資料貸借申込書	雑誌名・書名 (ISSN・ISBN)			複写料金	
				白黒 : 枚 円	
	卷	号	p. ~	年	カラー : 枚 円
	著者			送料 円	
	論題			合計 円	
※著作権に関する一切の責任は申込者が負います。			複写資料にカラーページが含まれる場合 <input type="checkbox"/> 白黒コピー <input type="checkbox"/> カラーコピー <input type="checkbox"/> 問合わせ希望		
申込者氏名:		送付方法			
申込機関名:	住所: 〒	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 速達			
連絡先 電話		FAX			
通知用	【医学情報センターからの連絡欄】 文献を添付します。万一不備な点がありましたらご連絡ください。 謝絶の場合: 上記文献は下記の理由につきご提供できませんでした。 所蔵なし 欠号 未着 製本中 貸出中 不明 その他()				

* 上下で一對となります。 上下に同じ内容をご記入ください。

	申込No. / 計 件	申込日付 / /		日付 / 受付No.	
文献複写・資料貸借申込書 申込用	雑誌名・書名 (ISSN・ISBN)			複写料金	
				白黒 : 枚 円	
	卷	号	p. ~	年	カラー : 枚 円
	著者			送料 円	
	論題			合計 円	
※著作権に関する一切の責任は申込者が負います。			複写資料にカラーページが含まれる場合 <input type="checkbox"/> 白黒コピー <input type="checkbox"/> カラーコピー <input type="checkbox"/> 問合わせ希望		
申込者氏名:		送付方法			
申込機関名:	住所: 〒	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 速達			
連絡先 電話		FAX			
謝絶 : 理由・所蔵なし 欠号 未着 製本中 貸出中 不明 その他()					