様式３

宛名シール

〒　　－

御中

To　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 ： 045-787-2518

連絡事項:

文献複写・資料貸借申込書　通知用

申込No.　/ 計　件	申込日付　/　/	日付／受付No.

雑誌名・書名（ISSN・ISBN）

巻	号	p.　～	年

著者

論題

複写料金
白黒 ：　枚
円
カラー ：　枚
円
送 料　円
合 計　円

※著作権に関する一切の責任は申込者が負います。
申込者氏名:

申込機関名:
住所:〒
連絡先　電話　FAX

送付方法
☐ 普通
☐ 速達

複写資料にカラーページが含まれる場合
☐ 白黒コピー
☐ カラーコピー
☐ 問合わせ希望

【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(　　)

＊上下で一対となります。　上下に同じ内容をご記入ください。

文献複写・資料貸借申込書　申込用

申込No.　/ 計　件	申込日付　/　/	日付／受付No.

雑誌名・書名（ISSN・ISBN）

巻	号	p.　～	年

著者

論題

複写料金
白黒 ：　枚
円
カラー ：　枚
円
送 料　円
合 計　円

※著作権に関する一切の責任は申込者が負います。
申込者氏名:

申込機関名:
住所:〒
連絡先　電話　FAX

送付方法
☐ 普通
☐ 速達

複写資料にカラーページが含まれる場合
☐ 白黒コピー
☐ カラーコピー
☐ 問合わせ希望

謝絶 ： 理由 ・　所蔵なし　欠号　未着　製本中　貸出中　不明
その他(　　)