|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　 円カラー　：　　　　　　枚　　　　　　　　　　　 円 |
| 　　　　　　　　巻 | 　　　　　　　　号 | p.　　　　　　　　～　　　　　　 | 　　　　　年 |
| 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。申込者氏名：  | 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 |
| 申込機関名: 住所:〒 連絡先　電話　　　　　　　　FAX |  送付方法 □ 普通 □ 速達 |
| 謝絶 ： 理由　・　　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。 |
| 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　通知**用** | 雑誌名・書名（ISSN・ISBN） | 複写料金 白黒　：　　　　　　　枚　　　　　　　　　　　 円カラー　：　　　　　　枚　　　　　　　　　　　 円 |
| 　　　　　　　　巻 | 　　　　　　　号 | p.　　　　　　　　～　　　　　　 | 　　　　　年 |
| 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。申込者氏名：  | 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 |
| 申込機関名: 住所:〒 連絡先　電話　　　　　　　　FAX |  送付方法 □ 普通 □ 速達 |
| 【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( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

連絡事項：

宛名シール

横市大医　TEL：045-787-2518

　　　MAIL：fcopy@yokohama-cu.ac.jp

〒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

**【複写物在中】**

|  |
| --- |
| 〒　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**御中** |