|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |