

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
	巻	号	p. ~	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。 申込者氏名:			複写資料にカラー ページが含まれる場合	
申込機関名:		送付方法		<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	
住所:〒		<input type="checkbox"/> 普通			
連絡先 電話		FAX		<input type="checkbox"/> 速達	

* 上下で一对となります。 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
	巻	号	p. ~	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。 申込者氏名:			複写資料にカラー ページが含まれる場合	
申込機関名:		送付方法		<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	
住所:〒		<input type="checkbox"/> 普通			
連絡先 電話		FAX		<input type="checkbox"/> 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。 文献複写料金は、月ごとにまとめて、翌月中旬ごろに請求書をお送りしますので、 銀行振り込みにてお願いいたします。(振込手数料は貴図書館でご負担ください。) お手数をおかけしますが、よろしくお願いたします。					

連絡事項:

お届け先

〒	—
御中	

(差出人)
 横浜市大医 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】