

To : 横浜市立大学医学情報センターコピー室 FAX 045-787-2560

From :

〒	-	
		様

←宛名シール
になります

	申込No. / 計 件	申込日付 / /	日付/受付No.		
俱 進 会 員 用 文 献 複 写 通 知 書	雑誌名			複写料金	
				枚	
	卷	号	p. ~	年	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。 速達希望: なし ・ あり *速達希望の場合は速達料金を加算請求させていただきます。 複写資料にカラーページが含まれる場合: 白黒 ・ カラー ・ 問い合わせ希望			備考	
	申込者氏名: 連絡先 自宅 ・ 勤務先 (勤務先名) 住所: 〒 電話 FAX メールアドレス				
	謝絶: 理由・ 所蔵なし 欠号 未着 行方不明 貸出中 製本中(月 日頃予定)				
	参照不完 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.		
俱 進 会 員 用 文 献 複 写 申 込 書	雑誌名			複写料金	
				枚	
	卷	号	p. ~	年	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。 速達希望: なし ・ あり *速達希望の場合は速達料金を加算請求させていただきます。 複写資料にカラーページが含まれる場合: 白黒 ・ カラー ・ 問い合わせ希望			備考	
	申込者氏名: 連絡先 自宅 ・ 勤務先 (勤務先名) 住所: 〒 電話 FAX メールアドレス				
	【医学情報センターよりの連絡欄】				
	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。 謝絶: 理由・ 所蔵なし 欠号 未着 行方不明 貸出中 製本中(月 日頃予定) 参照不完 その他()				

From : 横浜市立大学医学情報センターコピー室 Tel : 045-787-2518

※申込書に記載された個人情報は、相互利用サービスを提供することを目的として収集するものです。第三者への提供は一切行いません。