

受付日： 担当： 受付 NO.：

文献複写依頼申込書

大学院通信教育課程用

明治国際医療大学附属図書館 殿

「他館文献複写依頼」を申し込みます。この申し込みによる著作権に関する一切の責任は申込者が負います。

申込日	年 月 日	学籍番号		図書カード No.	
ふりがな 氏名			入学年度	指導教員	先生
連絡先（※漏れのないよう、ご記入下さい）					
住所	〒 都道府県		市区町村		
Tel	0 - -		Fax	0 - -	
e-mail	@		この申込書に記入された個人情報については、貸出・返却・督促・予約業務以外の目的には利用しません。		

[↑太線枠内を楷書体で記入してください。記入漏れ等があると受付できませんのでご注意ください↓]

求める文献	誌名（書名）					
	巻号	（ ）	頁	～	P	出版年 年 月
	ISSN (ISBN)				出版社	
	著者名					
	論題					
	カラー頁	カラーで取り寄せ・モノクロで取り寄せ	典拠	Webcat・CiNii ()・PubMed () 医中誌 ()・NDL-OPAC・他 ()		
	Nii 書誌 ID	AN - AA (BN - BA)				
↑Webcat、CiNii で検索した際に表示される書誌レコード番号です。ご記入頂くと依頼処理が早くなります。						

担当： 依頼日： 依頼 NO.： 依頼方法：Fax・郵送 公費処理 NO.：

依頼館：私・国公・近病・病・専・国会・他（ ） 附属図書館

到着日： 単価： 円 枚数： 枚 複写： 円 送料： 円 合計： 円

支払方法：前払・後払／現金書留・郵便振替・銀行振込・切手・為替 公費処理日： 担当：

教員連絡日： 教員連絡方法：Tel・e-mail 教員受渡日： 教員受領印：

備考：謝絶 (NO.)・他

担当： 依頼日： 依頼 NO.： 依頼方法：Fax・郵送 依頼館：

担当： 依頼日： 依頼 NO.： 依頼方法：Fax・郵送 依頼館：

★指導教員を通してお申込みください。他機関との料金納入手続き上、直接図書館へ申込みされても受付できません。

★取り寄せには、依頼後1週間程度かかります。余裕を持ってお申込みください。

★申し込み後のキャンセルはできません。

★申込書は文献1件につき1枚ご記入ください。

明治国際医療大学附属図書館