

所蔵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

「本学所蔵文献複写依頼」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（※住所は略さずマンション名など漏れのないよう、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 (提出用)	誌名(書名)					受付 No.	受付日付
	巻号	()	頁	~	P	出版	年 月
	ISSN (ISBN)			出版社			
	著者名					複写料金	送料
	論題					料金合計	発送日付
	カラー頁	カラー(¥80)で取り寄せ・モノクロ(¥30)で取り寄せ				謝絶 ☐ 所蔵なし ☐ 欠号 ☐ 貸出中 ☐ 未着 ☐ 行方不明 ☐ 製本中(以降)	領収年月日
	典拠	Webcat・CiNii()・PubMed() 医中誌()・NDL-OPAC・他()					

求める文献 (通知用)	誌名(書名)					受付 No.	受付日付
	巻号	()	頁	~	P	出版	年 月
	ISSN (ISBN)			出版社			
	著者名					複写料金	送料
	論題					料金合計	発送日付
	カラー頁	カラー(¥80)で取り寄せ・モノクロ(¥30)で取り寄せ				謝絶 ☐ 所蔵なし ☐ 欠号 ☐ 貸出中 ☐ 未着 ☐ 行方不明 ☐ 製本中(以降)	領収年月日
	典拠	Webcat・CiNii()・PubMed() 医中誌()・NDL-OPAC・他()					

〒

←発送に使用しますので、住所氏名をご記入ください。

送付先：〒629-0392 京都府南丹市日吉町
明治国際医療大学附属図書館

★複写代金および郵送料は利用者負担です。郵便振替にて期限内にお支払いください。 Fax (0771) 72-1185
★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。 ttk_lib@meiji-u.ac.jp