

文献複写申込書

東北大学附属図書館医学分館長 殿

下記のとおり申し込みます。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。

前納用

太枠内と、(ご郵送先)を記入願います。

申込月日	平成	年	月	日	受付番号		
申込番号		送付方法	<input type="checkbox"/> 普通郵便	<input type="checkbox"/> 速達	(白黒@35)	枚	円
誌(書)名 : ISSN: NCID: 巻 号 年発行 pp. ~ 著者名: 論 題:					(カラー@70)	枚	円
					複写料金		円
					送 料		円
					合 計		円
					受 付 日		
					発 送 日		
カラーページの複写方法	<input type="checkbox"/> カラー	<input type="checkbox"/> 白黒	※チェックがない場合はカラーで複写します			料金通知日	
申込者氏名			申込担当者			料金収納日	
TEL			FAX (必須)			料金収納No	
通信欄	※領収証は「所属機関名 + 申込者名」で発行いたします。					領収書No	
謝 絶	<input type="checkbox"/> 所蔵なし <input type="checkbox"/> 欠号 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> 貸出中 <input type="checkbox"/> 製本中 <input type="checkbox"/> 複写不能 <input type="checkbox"/> 参照不完 <input type="checkbox"/> フリーEJあり						

文献複写通知書

お申し込みの文献複写料金は、合計欄のとおりです。

- この用紙(写し可)を同封の上「郵便為替」か「現金書留」でお支払い下さい。
- 郵便為替の「受取人の欄」は未記入(空白)とし、金額は過不足のないようお願いいたします。
- 料金の納入が確認され次第、複写物を発送いたします。

合計	件
	円

(ご郵送先)

<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>—</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td></tr></table> <p><複写物 在中></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>御中</p> <p>.....</p>	□	□	□	—	□	□	□	□
□	□	□	—	□	□	□	□	

差出人: 〒980-8575 仙台市青葉区星陵町1-1
東北大学附属図書館医学分館 運用係
TEL:022-717-7981 FAX:022-717-7982