

< 医学部同窓会員文献複写申込用紙 >



申込者氏名 :	卒業年 :	年
TEL	-	-
FAX	-	-

※太枠内をご記入下さい

複写申込書	申込者氏名		会員No.	受付日	受付番号
	誌名	巻号 ~ 頁年			複写料金
	巻・頁・年				枚 円
	著者 論題				送料 円 合計 円
謝絶	<input type="checkbox"/> 所蔵なし <input type="checkbox"/> 欠本 <input type="checkbox"/> 欠号 <input type="checkbox"/> 貸出中(返却予定日 月 日) <input type="checkbox"/> 製本中(仕上予定 月 日) <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> 参照不完 <input type="checkbox"/> その他				担当者名

複写通知書	申込者氏名		会員No.	受付日	受付番号
	誌名	巻号 ~ 頁年			複写料金
	巻・頁・年				枚 円
	著者 論題				送料 円 合計 円
謝絶	<input type="checkbox"/> 所蔵なし <input type="checkbox"/> 欠本 <input type="checkbox"/> 欠号 <input type="checkbox"/> 貸出中(返却予定日 月 日) <input type="checkbox"/> 製本中(仕上予定 月 日) <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> 参照不完 <input type="checkbox"/> その他				担当者名

< 送付先 >

返信用の宛名として使用しますので、送付先を必ず右記に楷書でご記入ください。

< 文献複写申込の注意事項 >

- 2件以上の申込の場合は用紙をコピーして、お使いください。
- 申込用紙は1文献につき1枚です。申込書・通知書共に同じ内容をご記入ください。
- コピー代は1枚20円です。(カラーコピーをご希望の場合は1枚100円となります)送料は実費です。
- 料金は文献に同封の郵便振替用紙にてお支払ください。

〒	
住所	
氏名	様