

図書・視聴覚資料購入希望申込書

受付No. _____

太枠内を記入して下さい

					申込日:	
所属	医学部	医療衛生学部	医療系研究科	その他()		
職員番号 学籍番号			氏名			
連絡先	内線	PHS	携帯	自宅 :		
Eメール						
連絡希望		要		不要		
書名						
巻数・版次						
著者名						
資料形態	図書	DVD	CD	VHSビデオ	その他()	
出版社			出版年			
ISBN			価格			
備考						

<留意事項>

- ・申込の前にはOPACで重複調査をして、図書館に所蔵がないことを確認してください。
- ・雑誌の購入申込は、この用紙ではできません。
- ・資料収集方針にそぐわない資料や本学指定業者にて入手できない資料は購入できません。
その場合は申込者にご連絡いたします。
- ・ご記入の上、直接またはメールに添付して medlibeb@kitasato-u.ac.jp までお送りください。

----- 以下図書館記入欄 -----

受付No. _____

購入予定

購入不可

既蔵 (請求記号)
(資料ID)

学内他館所蔵 (白金・理学・看護・教養)

その他

連絡日: _____ 年 _____ 月 _____ 日