

文献複写依頼申込書

受付番号 _____

※太枠内を記入してください。□内にチェックを入れてください。

申込日	年 月 日	典拠 論文(データベース名や ID No.)	<input type="checkbox"/> 医中誌
氏名			<input type="checkbox"/> CiNii
学科・学年 学籍番号	学科 年 学籍番号		<input type="checkbox"/> PubMed
連絡先 (E-mail・TEL)			<input type="checkbox"/> その他
雑誌名		印刷方法	ID No.
ISSN			<input type="checkbox"/> 全てモノクロ
巻号 (Vol. No.)			<input type="checkbox"/> カラーページはカラー
ページ		配送方法	<input type="checkbox"/> 普通
発行年			<input type="checkbox"/> 速達
論文名		支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金払い
著者名			<input type="checkbox"/> 研究費 <input type="checkbox"/> 科研費 ※学生は現金払いのみ

◎この申込による著作権に関する一切の責任は申込者が負います。

	単価	枚数	金額	依頼先	
モノクロ	円	枚	円	依頼日	到着日
カラー	円	枚	円		
その他			円		
送料			円		
支払方法		複写料 (相手館請求分)		事務手数料	合計
<input type="checkbox"/> 相殺	<input type="checkbox"/> 銀行振込				
	<input type="checkbox"/> 郵便振替				
<input type="checkbox"/> その他 ()			円	円	円

申込者受け取りサイン

お渡し日

担当者印

領収書

受付番号 _____

_____ 様

複写料	円
事務手数料	円
合計	円

文献複写料金を領収いたしました。

年 月 日
福岡国際医療福祉大学