（様式第２号）

受付 No.	

他館への文献複写申込書

下記の通り文献複写を申し込みます。
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。

（太枠の中のみ記入してください。）

申込年月日		平成　　年　　月　　日（　　）			
申込者	学籍番号 （教職員番号）		氏名		
	電話番号	（　　）　　－		□	ご希望の連絡方法に ✓を入れてください。
	E-mail			□	
文献情報（略さずに記入してください。）					
資料名 （論文名）					
著者名					
雑誌名 書名	巻号：　　ページ：　　出版年：				
ＩＳＳＮ ＩＳＢＮ		所蔵機関	（所蔵機関が分かっている場合）		
出典	□医学中央雑誌　□PubMed　□CiNii □その他（　　）				
支払区分	□個人研究費　□科学研究費　□私費 □その他（　　）				
依頼機関					
依頼送信日		到着日			
到着連絡日		受渡日			
料金	複写代　　円 送料　　円 手数料　　円 （合計　　円）	支払方法	□ＩＬＬ　□個人研究費 □科学研究費　□切手 □郵便振替　□銀行振込 □その他（　　）		

【注意事項】
確認後、□に ✓を記入してください。
□　複写料・送料は申込者のご負担となります。
□　館内書架・学内 OPAC を参考に、広島都市学園大学附属図書館の所蔵状況を確認してください。

（受付担当：　　）
広島都市学園大学附属図書館