

文献複写申込書 [前納用]

太枠内（申込情報・ご郵送先）をご記入ください

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。

申込日	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:		カラー (@70)	枚 円
巻号等	巻	号	年 pp. ~	複写料金	円
著者名				送料	円
論題				合計	円
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)		受付日	
所属機関名※				発送日	
申込者氏名		申込担当者※		料金通知日	
TEL		FAX		領収日	
				料金収納No	
				領収書No	

※の項目は、個人でお申込みの方は記入不要です。

受付 コメント欄	<input type="checkbox"/> 補足 <input type="checkbox"/> 謝絶 (所蔵なし 未着 利用・複写不可 参照不完 フリーEJあり)
-------------	--

文献複写通知書

○ お申込みの文献複写の合計金額は、右記の通りです。
この用紙の写しを同封の上「現金書留」でお支払いください。
納入が確認され次第、複写物を発送します。

○ 領収証は「所属機関名 + 申込者名」で発行します。

合計	件
	円

(ご郵送先)

□ □ □ — □ □ □ □	<複写物在中>
	御中