

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

記入例

申込日	2023 年 4 月 1 日		
申込番号※		送付方法	☒ 普通郵便 ☐ 速達
誌(書)名	ISSN: 1234-5678 NCID: AB12345678 東北ジャーナル		
巻号等	12 巻 1 号 2000 年 pp. 53 ~ 62		
著者名	東北 太郎 (多い場合は第1著者)		
論 題	東北地域における・・・		
カラーページの 複写方法	☒ カラー ☐ 白黒 (チェックがない場合はカラーで複写します)		
所属機関名※	〇〇研究所		
申込者氏名	仙台 花子	申込担当者※	仙台 次郎
TEL	022-717-0000	FAX	022-717-0001

受付番		
白黒 (@35)	枚	円
カラー (@70)	枚	円
		円
		円
		円
発 送 日		
料金通知日		
領 収 日		
料金収納No		
領収書No		

論文情報は
できるだけ詳しく
記入してください。

※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	☐ 補足 ☐ 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。

(ご郵送先)

合 計

件

(記入必須) 宛名として使用します。

機関宛ての場合、確実にお手元に届く
よう部署名等まで記入してください。

000 — 1234

<複写物在中>

△△県□□市・・・

〇〇研究所 図書室

御中

差出人: 東北大学附属図書館医学分館 運用係 〒980-8575 仙台市青葉区星陵町1-1

TEL: 022-717-7981 / FAX: 022-717-7982