

## 文 献 複 写 申 請 書

令和 年 月 日

公立大学法人 大分県立看護科学大学附属図書館  
館 長 藤 内 美 保 殿

**【申請者】**

住 所	〒
氏 名	
旧学籍番号	
電話番号	
e-mail	

次の文献複写を依頼したいので、公立大学法人大分県立看護科学大学附属図書館  
文献複写事務処理要領第3条の規定により申請します。

なお、著作権上の問題が発生した場合は、その一切の責任は私が負います。

取寄せ文献に関する情報 ・ 論題 ・ 著者名 ・ 収録誌名 ・ 巻号 ・ ページ ・ 発行年		
複写料金 1件：500円	件 数	金 額
	件	円

※ 図書館処理欄（この欄は記入しないで下さい）

受付番号	号	受付日	令和 年 月 日
依頼日	令和 年 月 日	依頼先	
受領日	令和 年 月 日	発送日	令和 年 月 日