

文 献 複 写 申 請 書

平成 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 市 瀬 孝 道 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">件 数</td> <td style="width: 50%;">金 額</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table>	件 数	金 額	件	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	平成 年 月 日
依頼日	平成 年 月 日	依頼先	
受領日	平成 年 月 日	発送日	平成 年 月 日