

資 料 複 写 申 込 書

九州保健福祉大学附属図書館 殿

下記の通り資料の複写を申し込みますので、よろしくお願い致します。 ※太枠内をすべて記入してください。

申 込 日	年 月 日	
氏 名		
住 所	〒	
連 絡 先	TEL () — FAX () — E-mail @	
学 生 番 号		

論文名		
著（編・訳）者名		
出版社		
誌名		
発行年		
巻号数	巻	号
頁（ページ）	頁 ～	頁
本館に所蔵していない場合、他館に依頼しますか（海外も含めて） はい ・ いいえ		
典拠（何を見て知りましたか）		

連絡欄			
受付番号		発 送 日	年 月 日

送り先： 〒882-8508
宮崎県延岡市吉野町 1714-1
九州保健福祉大学附属図書館
FAX (0982) 23-5560