No.13

九医科大図

資 料 複 写 申 込 書

九州医療科学大学附属図書館　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
九州医療科学大学附属図書館
FAX (0982) 23-5560