

|  |  |       |               |                            |                          |                              |
|--|--|-------|---------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 連合会中央図書室複写サービス券  | 申込<br>年 月 日  | 所属病院名 | 所属部署・内線・PHSなど | 氏名（フルネームで記入してください）<br>ふりがな |                          |                              |
|  | 下記事項は正確に書くか、検索結果・レファレンス（参考文献）を切り貼りしてください。  |       |               |                            | 受付                       |                              |
|  | 誌名：  |       |               |                            | 発送                       |                              |
|  | 巻・号・頁・年：                      巻                      号                      頁～                      頁                      年 |       |               |                            | 当室処理                     | print                      枚 |
|  | 著者名：   |       |               |                            |                          | 0J                      枚    |
|  | 論題名：   |       |               |                            |                          | Web                      枚   |
| 上記文献を何で知りましたか？（該当するものをチェックしてください）<br><input type="checkbox"/> PubMed <input type="checkbox"/> 医中誌 <input type="checkbox"/> JDream <input type="checkbox"/> レファレンス <input type="checkbox"/> インターネット<br><input type="checkbox"/> その他（                      ） |  |       |               | 他館依頼                       | 円                      枚 |                              |
|  |  |       |               | 備考                         |                          |                              |
|  |  |       |               | 中央図書室作業用（記入しないでください）       |                          |                              |
| お急ぎの場合、ご希望の月日を記入してください（    月    日）   |  |       |               | 月    日                     | NO.                      |                              |
| 国内にない場合外国へ依頼（要1ヶ月）希望の場合チェック <input type="checkbox"/>   |  |       |               | 月    日                     | NO.                      |                              |
| ※著作権に関するすべての責任は申込者が負うものとする。  |  |       |               | 月    日                     | NO.                      |                              |

|  |  |       |               |                            |                          |                              |
|--|--|-------|---------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| 連合会中央図書室複写サービス券  | 申込<br>年 月 日  | 所属病院名 | 所属部署・内線・PHSなど | 氏名（フルネームで記入してください）<br>ふりがな |                          |                              |
|  | 下記事項は正確に書くか、検索結果・レファレンス（参考文献）を切り貼りしてください。  |       |               |                            | 受付                       |                              |
|  | 誌名：  |       |               |                            | 発送                       |                              |
|  | 巻・号・頁・年：                      巻                      号                      頁～                      頁                      年 |       |               |                            | 当室処理                     | print                      枚 |
|  | 著者名：   |       |               |                            |                          | 0J                      枚    |
|  | 論題名：   |       |               |                            |                          | Web                      枚   |
| 上記文献を何で知りましたか？（該当するものをチェックしてください）<br><input type="checkbox"/> PubMed <input type="checkbox"/> 医中誌 <input type="checkbox"/> JDream <input type="checkbox"/> レファレンス <input type="checkbox"/> インターネット<br><input type="checkbox"/> その他（                      ） |  |       |               | 他館依頼                       | 円                      枚 |                              |
|  |  |       |               | 備考                         |                          |                              |
|  |  |       |               | 中央図書室作業用（記入しないでください）       |                          |                              |
| お急ぎの場合、ご希望の月日を記入してください（    月    日）   |  |       |               | 月    日                     | NO.                      |                              |
| 国内にない場合外国へ依頼（要1ヶ月）希望の場合チェック <input type="checkbox"/>   |  |       |               | 月    日                     | NO.                      |                              |
| ※著作権に関するすべての責任は申込者が負うものとする。  |  |       |               | 月    日                     | NO.                      |                              |