

# 文献複写申込書（正・図・事）

大学附属図書館館長 殿

下記のとおり申し込みます。この申し込みによる著作権に関する一切の責任は申込者が負います。

申込機関	機関名	石川県立看護大学附属図書館		電話		支払区分	学生	私費		
	所在地	〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1		FAX		料 金 計 算				
申込者	氏名				連絡先		種別	数量	単価	金額（円）
	住所	大学所在地と同じ					電子複写			
誌名、書名・巻号・年・頁・著者・論題・版	雑誌・図書名				手数料					
	ISSN/ISBN				FAX					
	巻・号・版				送料					
	年・月				通信費					
	ページ				送金費					
	著者名				合計					
	題名・論題				支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 納入告知書 <input type="checkbox"/> 為替 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 切手				
	論文番号 典拠	文献複写料金徴収猶予許可			謝絶	<input type="checkbox"/> 所蔵なし <input type="checkbox"/> 複写不能 <input type="checkbox"/> 参照不完（誌名、書名・巻号・年・頁・著者・論題・版） <input type="checkbox"/> 貸出中 <input type="checkbox"/> 製本中（      /      頃再申込のこと） <input type="checkbox"/> その他				
	文献所在			請求記号	/	/				
	受付	平成   年   月   日	申込	平成   年   月   日	料金請求	平成   年   月   日	料金領収	平成   年   月   日	引渡	平成   年   月   日