

文献複写・現物貸借申込書

島根大学医学図書館長 殿

下記の通り申し込みます。著作権法を遵守し、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。
(太枠内のみ記入)

申込 No.		申込日： 年 月 日	
申込機関名及び所在地：〒 TEL： FAX：			
申込者氏名：		担当者氏名	
号 論 誌 ・ 題 名 配 ・ (架 著 書 場 者 名 所 ・) ・ 登 ・ 版 録 卷 番 号 ・ 年 請 ・ 求 頁 記 ・			
通信欄：			
送付方法	☐ :普通 ☐ :速達		複写料金の支払方法： 現金書留のみ
図書の着払い	☐ :宅配郵便		

■この書類に記載されている個人情報は図書館業務(連絡等を含む)に限定して利用します。それ以外の目的で使用することはありません。

文献複写・現物貸借送付書

殿

下記の内容でお送りしますので、取扱いに注意のうえ、どうぞご利用ください。

受付 No.		受付日： 年 月 日		発送日： 年 月 日	
図書 貸出期間		年 月 日 ～ 年 月 日 (貸出期間の延長を希望する場合はご連絡ください)			
資料利用		☐ :館外利用 ☐ :館内利用			
連絡事項		☐ :古い資料 ☐ :劣化 ☐ :破損あり ☐ :汚損あり ☐ :書き込みあり ☐ :その他() ☐ :返送方法はゆうメール(簡易書留)、あるいは宅配便で お願いいたします。			
通信欄：			返却日： 年 月 日		
複写物請求金額					
複写種別 枚数/小計	モノクロ 1 枚(35 円)		枚	円	
	カラー 1 枚(40 円)		枚	円	
送 料		普通： 円		速達： 円	
				総合計： 円	
送付館：島根大学医学図書館サービス担当 担当者名() 住所：〒693-8501 島根県出雲市塩冶町 89-1 TEL:0853-20-2094 FAX:0853-20-2095 E-mail m-library@lib.shimane-u.ac.jp					