

郵送文献複写申込書

FAX番号 0957-49-8059

(社)長崎県看護協会 図書室 〒854-0072 諫早市永昌町 23-6
0957(49)8050・8057 Fax0957(49)8059

送付先住所記入欄（ラベルとして
利用します。正確にご記入ください

〒	様
---	---

この複写は私が個人的に使用し、又著作権の問題については、
申込者が責任を負います。
太枠内をきれいに記入して下さい。
料金に関しては、「複写料金表」をご覧ください。

フリガナ 氏名	所 属	機関（病院）名	申 込	年
		Tel () Fax ()	到着日	月 日
		所在地 〒	コピー	年
	長崎県 都道 区市		発送日	月 日
	()府県 町村		入 金	年
			確認日	月 日

著者	受付番号
論題	
	謝絶
雑誌名（書名）	記入不備 所蔵なし 対象外
Vol.（巻）	
（号）	
ページ	
~	
発行年	

著者	受付番号
論題	
	謝絶
雑誌名（書名）	記入不備 所蔵なし 対象外
Vol.（巻）	
（号）	
ページ	
~	
発行年	

著者	受付番号
論題	
	謝絶
雑誌名（書名）	記入不備 所蔵なし 対象外
Vol.（巻）	
（号）	
ページ	
~	
発行年	

必要に応じてコピーしてご使用ください。