

郵送文献複写申込書

◆ FAX番号 0957-49-8059 ◆

長崎県看護協会 図書室 〒854-0072 諫早市永昌町 23-6
TEL0957(49)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

〒	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。
- ※ 太枠内をもれなく記入して下さい。
- ※ 料金に関しては、「複写料金表」をご覧ください。

フリガナ	所 属	機関（病院）名	申 込	年
氏名		Tel () Fax ()	到着日	月 日
		所在地 〒	コピー	年
		都道 市区	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）	Vol.（巻）	No.（号）	ページ ～	発行年	記入不備 所蔵なし 対象外

著者					受付番号
論題					
					謝絶
雑誌名（書名）	Vol.（巻）	No.（号）	ページ ～	発行年	記入不備 所蔵なし 対象外

著者					受付番号
論題					
					謝絶
雑誌名（書名）	Vol.（巻）	No.（号）	ページ ～	発行年	記入不備 所蔵なし 対象外

※ 必要に応じてコピーしてご使用ください。