

連合会中央図書室複写サービス券	申込 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） 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） <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 <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 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） 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） <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 <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.	