

同窓会会員複写申込書

受付No.	申込日	郵送種別	カラー複写	受付日・発送日
		速達・普通	希望しない・希望する	
誌(書)名				複写料金
モ/加				枚 円
カ-				枚 円
巻 号 P. ~ (年)				計 円
著者名				送料 円
論 題				(消費税10%含む)
※ 著作権に関する一切の責任は申込者が負います。				合計 円
申込者氏名 (回卒)				領 収 日
住所 〒 -				
TEL: - - FAX: - -				通 信 欄
謝 絶 ()				
日本大学図書館医学部分館 相互貸借係 〒173 - 8610 東京都板橋区大谷口上町 30 - 1 TEL (代表) : 03 - 3972 - 8111 (内線 : 2163) TEL (直通) : 03 - 3972 - 8132 FAX (直通) : 03 - 5995 - 7126				

* お預かりした個人情報は、日本大学図書館医学部分館における手続き・各種サービスの提供及び連絡等のために利用します。

-----切り離さず、申込書・通知書は同じ内容を御記入ください-----
同窓会会員複写通知書

受付No.	申込日	郵送種別	カラー複写	受付日・発送日
		速達・普通	希望しない・希望する	
誌(書)名				複写料金
モ/加				枚 円
カ-				枚 円
巻 号 P. ~ (年)				計 円
著者名				送料 円
論 題				(消費税10%含む)
※ 著作権に関する一切の責任は申込者が負います。				合計 円
申込者氏名 (回卒)				領 収 日
謝 絶 ()				
日本大学医学部図書館 相互貸借係 〒173 - 8610 東京都板橋区大谷口上町 30 - 1 TEL (代表) : 03 - 3972 - 8111 (内線 : 2163) TEL (直通) : 03 - 3972 - 8132 FAX (直通) : 03 - 5995 - 7126				通 信 欄

* お預かりした個人情報は、日本大学図書館医学部分館における手続き・各種サービスの提供及び連絡等のために利用します。

- * 太枠内のみ御記入ください。
- * 申込書・通知書ともに、同じ内容を御記入ください。

申込件数：全	件中 /	件目
--------	------	----

〒 -	
-----	--

上の欄に文献の送付先（郵便番号・住所・氏名）を正確に御記入ください。（宛名シールとして使用します）