

文献複写申込み

広島県看護協会図書室 行 FAX(082)296-5079

申込件数を記入して下さい ⇒ 件

申込者名(フリガナ:)		勤務先	
		() 病棟	
県看護協会 会員番号		文献複写物は [郵送 ・ 受取り] を希望 (どちらかに○)	
郵送指定先	勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○)	受取りの場合は文献がそろう次第、電話で連絡します	
〒	—	TEL	—
		勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○)	

著作権に関する一切の責任は申込者が負います

●文献(雑誌 ・ 図書)

文献No.

誌名 (書名)					
巻号	巻	号	ページ	p ~	発行年 年
論題					
著者名				出版者	

●文献(雑誌 ・ 図書)

文献No.

誌名 (書名)					
巻号	巻	号	ページ	p ~	発行年 年
論題					
著者名				出版者	

●文献(雑誌 ・ 図書)

文献No.

誌名 (書名)					
巻号	巻	号	ページ	p ~	発行年 年
論題					
著者名				出版者	

※ FAX または郵送でお申込みください

※ 申込件数が多くなると日数がかかりますことをご了承ください ⇒ 複数に分けて郵送を希望される場合はご連絡ください

※ 申込書に記入された情報は、他館への複写依頼、内容の確認連絡、集計の目的以外には使用いたしません

※ 問合せ先 ⇒ 図書・情報管理室 TEL : 082-296-5079 (〒730-0803 広島市中区広瀬北町 9-2)

受付番号	<input type="text"/>	受付日	<input type="text"/>	発送日	<input type="text"/>
------	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------