

受付日 年 月 日

申込No.

メディカルオンラインFAX送信申込書

| | | | | |
|--------|---|------|---|-------|
| 利用者 | <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 院生 <input type="checkbox"/> 教員 | | | |
| フリカナ | | 学籍番号 | | |
| 氏名 | | 学 科 | | |
| 連絡先 | (TEL) | | E-Mail | |
| | (携帯等) | | こちらからの連絡は下記の番号で通知されるとお思いますので、携帯電話の場合、予め登録するなどしておいて下さい。 TEL : 0745(54)1601 | |
| 文 献 | 論 題 | | | |
| | 著(編)者 | | | |
| | 誌名・書名 | | | |
| | ISBN/ISSN | | | |
| | 巻号・出版年等 | 巻 号 | 年 月 | ページ ~ |
| | 出 版 社 | | | |
| | | | 受付担当者 | |

* 上記太枠の中のみ記入して下さい。

* 申込書1枚につき1文献とさせていただきます。(複数ある場合は、文献数分ご記入願います。)

* 18時までにお申し込み頂ければ、原則当日のお渡しが可能です。

* 館内受け渡しのみ対応致します。

* 暫定的に無料に対応致します。

* 尚、FAX送信のため文献中の写真は、写りが悪くなる場合があります。ご了承下さい。

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 到着確認日 | | 到着確認者 | |
| 備 考 | | | |