**文献複写郵送申し込み用紙**お問い合わせ先➡徳島県看護協会図書室担当　088‐631‐5544

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者名(ﾌﾘｶﾞﾅ：　　　　　　　　　　　) | 勤務先TEL |
| 会員番号(ある方) |  |
| 住所(郵送先)〒 | TEL(自宅・勤務先) |

A３以下のコピーはすべて一枚10円です。基本は２ページで一枚になります (A4が2ページでA3一枚) 以下に総紙数を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 印刷紙総数 | 計　　　　　　　　枚 | 同封切手金額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |

複写依頼①(　雑誌　・　図書　)当てはまる方へ〇をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 誌　　名(書名) |  |
| 巻　　　号 | 　　　　　巻 | 　　　　号 | ページ | 　　　　　　ｐ～　　　　　ｐ |
| 論　　　題 |  |
| 著　者　名 |  | 出版社 |  |
| 印刷するサイズの希望があれば記入してください。 | 希望サイズ | 印刷紙数 | 　　　　枚 |
| なし・希望(　　　　) |

複写依頼②(　雑誌　・　図書　)当てはまる方へ〇をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 誌　　名(書名) |  |
| 巻　　　号 | 　　　　　巻 | 　　　　号 | ページ | 　　　　　　ｐ～　　　　　ｐ |
| 論　　　題 |  |
| 著　者　名 |  | 出版社 |  |
| 印刷するサイズの希望があれば記入してください。 | 希望サイズ | 印刷紙数 | 　　　　枚 |
| なし・希望(　　　　) |

徳島県看護協会受付欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 受付日 |  | 発送日 |  |