

九州医療科学大学附属図書館 殿

下記の通り資料の複写を申し込みますので、よろしくお願い致します。 ※太枠内をすべて記入してください。

申 込 日	年 月 日	
氏 名		
住 所	〒	
連 絡 先	TEL () — FAX () — E-mail @	
学 生 番 号		

論文名

著（編・訳）者名

出版社

誌名

発行年

巻号数 巻 号

頁（ページ） 頁 ～ 頁

本館に所蔵していない場合、他館に依頼しますか（海外も含めて） はい ・ いいえ

典拠（何を見て知りましたか）

連絡欄

受付番号		発 送 日	年 月 日
------	--	-------	-------

送り先： 〒882-8508
宮崎県延岡市吉野町 1714-1
九州医療科学大学附属図書館
FAX (0982) 23-5560