

九州保健福祉大学附属図書館 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
九州保健福祉大学附属図書館
FAX (0982) 23-5560