

医中誌複写サービス申込書

NPO医学中央雑誌刊行会 資料情報課

〒168-0072 東京都杉並区高井戸東2-5-18 Tel : 03-3334-4632 / Fax : 03-3334-5045

お申込者情報

※間違いの無いよう十分ご確認ください。住所は番地や建物名、部屋番号なども正確に記入して下さい。

氏名							※この欄に記入されたお名前宛に発送しますので、図書担当者様が受け取る場合は図書担当者様のお名前を記入してください。	
所属機関名							医中誌Web(法人版)の契約： 有り or 無し	
		Tel		Fax		Email		
送付先住所	〒 -						自宅 or 勤務先(所属先)	
		都道府県		市区町村				
送付方法	1.メール便 2.速達郵便 3.FAX 4.宅配							
	※通常はメール便でお送りしています。メール便以外をご指定の場合は別途料金がかかります。							
請求先	お申込者個人 or 勤務先(所属先)							
請求書宛名							※請求書類の宛名をご記入ください。(所属機関の経費などでお支払いの場合は、必ず経理担当者様へ事前にご確認ください。)	
備考								
	※ご注文全般に関する連絡事項がありましたらご記入ください。 ※メモ欄として使用していただいても構いません。(施設内の複写依頼者名を記録するなど)							

ご注文文献

※ご依頼内容と文献の確認のため、書誌情報はなるべく詳細にご記入下さい。

誌名	(ISSN -)							
医中誌文献番号		発行年		巻		号		ページ
論文タイトル								
著者								
備考	※表紙、奥付け、カラーなどについて指定があれば入力ください。							
刊行会記入欄	謝絶理由： 1.所蔵無し 2.未着 3.欠号 4.外部出中 5.該当ページに論題無し 6.記述不備 7.その他							
	備考：						ページ数：	

誌名	(ISSN -)							
医中誌文献番号		発行年		巻		号		ページ
論文タイトル								
著者								
備考	※表紙、奥付け、カラーなどについて指定があれば入力ください。							
刊行会記入欄	謝絶理由： 1.所蔵無し 2.未着 3.欠号 4.外部出中 5.該当ページに論題無し 6.記述不備 7.その他							
	備考：						ページ数：	

誌名	(ISSN -)							
医中誌文献番号		発行年		巻		号		ページ
論文タイトル								
著者								
備考	※表紙、奥付け、カラーなどについて指定があれば入力ください。							
刊行会記入欄	謝絶理由： 1.所蔵無し 2.未着 3.欠号 4.外部出中 5.該当ページに論題無し 6.記述不備 7.その他							
	備考：						ページ数：	