

## NPO 医学中央雑誌刊行会 文献調査 申込書

\*は入力必須項目です。

※下記に入力いただいた情報は当会が定めるプライバシー・ポリシーに基づき、適切に管理し、サービス改善のための活動以外の目的には使用いたしません。

申込者氏名*			
所属			
送付先*	〒		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先    ※どちらか一つにチェックしてください。		
Tel*		Fax	
	E-Mail		
調査主題*	(文章形式で詳細かつ具体的に記入してください。)		
キーワード	(同義語および関連語も記入してください。)		
既知の関連文献名	(論題、著者名、誌名、巻、頁、年)		
調査期間*	<input type="checkbox"/> 当年 <input type="checkbox"/> 最近 2 年間 <input type="checkbox"/> 過去 5 年間 <input type="checkbox"/> 過去 10 年間 <input type="checkbox"/> その他(        )		
希望文献数	<input type="checkbox"/> 1~9 <input type="checkbox"/> 10~49 <input type="checkbox"/> 50~99 <input type="checkbox"/> 100 以上		
調査の目的	<input type="checkbox"/> 臨床の検討 <input type="checkbox"/> 学会発表 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 投稿論文 <input type="checkbox"/> 学位論文 <input type="checkbox"/> その他		
文献送付方法	<input type="checkbox"/> 1. メール便 <input type="checkbox"/> 2. 普通郵便 <input type="checkbox"/> 3. 速達郵便 <input type="checkbox"/> 4. 宅配 <input type="checkbox"/> 5. FAX <small>※通常は 1 でお送りしています。1 と 2 以外をご指定の場合は料金がかかります。</small>		
お支払方法*	<input type="checkbox"/> 私費 <input type="checkbox"/> 公費		
	<input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込		

FAX 送付先 ; 03-3334-5045、03-3334-9217

郵送先 ; 〒168-0072 東京都杉並区高井戸東 2-5-18 資料情報課宛て

NPO 医学中央雑誌刊行会 資料情報課 Tel : 03-3334-4632