

# 文 献 複 写 申 請 書

年 月 日

日本赤十字豊田看護大学  
学術情報センター・図書館  
複写文献郵送サービス係 御中

申請者

住 所	〒
文献送付先 <small>住所と異なる場合</small>	〒
氏 名	(旧姓)
旧学籍番号	
電話番号	
e-Mail	

次の文献複写を依頼したいので、日本赤十字豊田看護大学学術情報センター・図書館「卒業生・  
修了生向け複写文献郵送サービス」実施要綱第5条により申請します。

なお、著作権法上の問題が発生した場合は、その一切の責任を私が負います。

取 寄 せ 文 献 情 報	・ 論題		
	・ 著者名		
	・ 収載誌名 (ISSN)		
	・ 巻号		
	・ ページ		
	・ 発行年		
	・ 論文ID		
複写料金 1件：500円	件 数	金 額(税込み)	
	件	円	

※ 学術情報センター・図書館 処理記録 (この欄には記入しないで下さい)

受付番号		受付日	年 月 日
依頼日	年 月 日	依頼先	
受領日	年 月 日	発送日	年 月 日