

- 注意事項
- 1 太枠内を全て記入してください。(記入不備の場合は受付できません)
 - 2 必ず①「文献複写申込書」と②「文献複写通知書」に同じ内容を記入して切り離さずにそのまま送信してください。
 - 3 著作権法で許可されている範囲内で、1人1部のみ複写可能。
 - 4 著作権に関する一切の責任は申込者が負います。
 - 5 記入事項は連絡・発送および利用統計のために使用します。

①文献複写申込書(図書室控え)

受付NO.		受付日		発送日		
氏名				県会員No.		
施設名	(病棟名)					
施設住所	〒			TEL:	内線 ()	
送付先	* 上記施設住所以外に送付を希望する場合のみ記入 〒					
雑誌名					複写料金	
					料金	
巻	号	ページ	~	年	送料	
著者					合計	
論題					入金日	
謝絶	<input type="checkbox"/> 所蔵なし <input type="checkbox"/> 記入不備 <input type="checkbox"/> その他					

〒261-0002 千葉市美浜区新港249-4

TEL.043-245-1980

公益社団法人千葉看護協会

FAX.043-248-7246

* 著作権に関する一切の責任は申込者が負います。

②文献複写通知書(図書室↓申込者)

受付NO.		受付日		発送日		
氏名				県会員No.		
施設名	(病棟名)					
施設住所	〒			TEL:	内線 ()	
送付先	* 上記施設住所以外に送付を希望する場合のみ記入 〒					
雑誌名					複写料金	
					料金	
巻	号	ページ	~	年	送料	
著者					合計	
論題						
謝絶	<input type="checkbox"/> 所蔵なし <input type="checkbox"/> 記入不備 <input type="checkbox"/> その他					
連絡事項						

〒261-0002 千葉市美浜区新港249-4

TEL.043-245-1980

公益社団法人千葉看護協会

FAX.043-248-7246