

学 内 用	順天堂東京江東高齢者医療センター → 順天堂大学	申込No.	日付 2020/**/**	受付No.	発送日		
文 献 複 写	雑誌名(例: 臨床医薬) 巻(号)、ページ、発行年(例: 31(7)、735-741,2015) 文献の著者(例: 服部 信孝) 文献のタイトル(例: 進行期パーキンソン病患者) ↑ タイトルは最初の3~4ワードで省略可				複写料金		
					白黒	枚	円
					カラー	枚	円
					送料		
					他→本郷	円	
					本郷→申込者	円	
合計			円				
カラー図表はカラー希望 <input type="checkbox"/> 海外発注希望 <input type="checkbox"/> 著作権に関し一切の責任は申込者が負います 卒業生は卒年: **** 年卒 申込者所属: **** 氏名: **** **** Mail: <u>連絡のつくメールアドレス</u>				送付方法チェック <input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 速達便 <small>*病院や個人への文献複写物の提供は、著作権法により、郵送で対応いたします。</small>			
申 込 書	<input type="checkbox"/> 所蔵なし <input type="checkbox"/> 欠号・欠本 <input type="checkbox"/> 未着(巻 号まで到着) <input type="checkbox"/> 貸出中(月 日返却予定) <input type="checkbox"/> 製本中(月 日頃出来上がり予定) <input type="checkbox"/> その他()						
	住 所: 東京都江東区新砂3-3-20 順天堂東京江東高齢者医療センター 電 話: 03-5632-3111 F A X: 03-5632-3728						
	謝 絶						

【記入方法】

- 太枠内は全てご記入ください。
- お申込み文献1件につき、申込用紙1枚をご記入ください。
- 上下(申込書・通知書)には同一の文献情報をご記入ください。
- PubMed・医中誌から文献情報を印刷し、貼付けしていただいても結構です。

【本郷・お茶の水キャンパス 学術メディアセンターにある文献】

	お届けまでにかかる日数	料金
本郷から発送	2~5日 速達: 2~3日	白黒: 10円 カラー: 40円 +送料

【本郷・お茶の水キャンパス 学術メディアセンターにない文献】
他キャンパス・他大学など・海外から取り寄せます。

	お届けまでにかかる日数	料金
他キャンパスから取り寄せ	3~6日 速達: 3~4日	白黒: 10円 カラー: 40円 +送料
他大学などから取り寄せ	4~8日 速達: 3~4日	白黒: 平均50円 カラー: 平均100円 +送料
海外から取り寄せ	7日~	1論文あたり 1,600円(税込) +送料

日数: 事務処理の日数が含まれます。
送料: 取り寄せの際の送料と、本郷からの送料がかかります。

学 内 用	順天堂東京江東高齢者医療センター → 順天堂大学	申込No.	日付 2020/**/**	受付No.	発送日		
文 献 複 写	雑誌名(例: 臨床医薬) 巻(号)、ページ、発行年(例: 31(7)、735-741,2015) 文献の著者(例: 服部 信孝) 文献のタイトル(例: 進行期パーキンソン病患者) ↑ タイトルは最初の3~4ワードで省略可				複写料金		
					白黒	枚	円
					カラー	枚	円
					送料		
					他→本郷	円	
					本郷→申込者	円	
合計			円				
著作権に関し一切の責任は申込者が負います 申込者所属: **** 氏名: **** ****				送付方法チェック <input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 速達便 <small>*病院や個人への文献複写物の提供は、著作権法により、郵送で対応いたします。</small>			
通 知 書	<input type="checkbox"/> 所蔵なし <input type="checkbox"/> 欠号・欠本 <input type="checkbox"/> 未着(巻 号まで到着) <input type="checkbox"/> 貸出中(月 日返却予定) <input type="checkbox"/> 製本中(月 日頃出来上がり予定) <input type="checkbox"/> その他()						
	※ 料金は文献到着後2週間以内にお支払いください						
	宛 名 用 ラ ベ ル						

宛 名 用 ラ ベ ル	〒136-0075 東京都江東区新砂 3-3-20 順天堂東京江東高齢者医療センター 科 **** **** 様
----------------------------	--

←必ず名前を記入してください