

【文献複写申込書】 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 図書室

* 書誌情報を医中誌、PudMed 等より確認後 太枠内へご記載下さい。

* 書誌情報の印刷物を添付する際は、申込者氏名・所属・申込日・連絡先のための記載で宜しいです。

申込者氏名	所属	申込日	PHS or 内線
		年 月 日	
誌名			
巻(号) ; 頁 ; 刊行年	巻・Volume _____ 号・Issue _____ ; P _____ ~ P _____ ; _____ 年		
著者名			
文献 ID	* Pub Med 及び医中誌より、文献 IDNo.をご確認下さい。 PMID : _____ 医中誌 ID : _____		
論題			
有料取寄せ (可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>)			

※ 著作権に関し一切の責任は申込者が負うことに同意します。

【文献複写申込書】

申込者氏名	所属	申込日	PHS or 内線
		年 月 日	
誌名			
巻(号) ; 頁 ; 刊行年	巻・Volume _____ 号・Issue _____ P _____ ~ P _____ ; _____ 年		
著者名			
文献 ID	* Pub Med 及び医中誌より、文献 IDNo.をご確認下さい。 PMID : _____ 医中誌 ID : _____		
論題			
有料取寄せ (可 <input type="checkbox"/> ・否 <input type="checkbox"/>)			

※ 著作権に関し一切の責任は申込者が負うことに同意します。