メディカルオンラインFAX送信申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太枠内をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者  （必須） | | 氏名 | | フリガナ：  漢字氏名： | | |
|  | | 身分 | | 教員　　 大学院生　　 学部生　　 その他(       ) | | |
|  | | 所属(学科・専攻) | |  | | |
|  | | 学生番号 | |  | | |
|  | | メールアドレス | |  | | |
|  | | 受取希望館 | | 寝屋川図書館　　 四條畷図書館 | | |
| 文献情報 | カウンター申込（必須） | | 論文名 |  | | |
|  |  | | 著者名 |  | | |
|  |  | | 誌名 |  | | |
|  |  | | 巻　号・出版年 |  | ページ |  |
|  | メール申込（必須） | | アブストラクトURL |  | | |

**《　お申込み前にご確認ください　》**

* 本申込書にご記載の個人情報は、本目的以外の用途には使用いたしません。
* FAX送信は平日の9時～18時までとなっております。18時以降または土日祝日の申し込みについては、

翌平日以降の取り寄せとなります。

* 文献到着後、上記連絡先のメールアドレスに連絡いたします。図書館カウンターで文献をお受け取りください。
* 申込書1枚につき1文献とさせていただきます。（複数ある場合は、続紙をご利用ください）
* 尚、FAX送信のため文献中の写真は、写りが悪くなる場合があります。あらかじめご了承ください。
* 手続き前に上限数に達した場合は、別途ご連絡します。

【図書館記入欄】

受付日　：　　 　　　　/　　　　　　/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼日 | /　　　　　　　　/ | 担当者 |  |
| 到着確認日 | /　　　　　　　　/ | 担当者 |  |
| 引渡日 | /　　　　　　　　/ | 担当者 |  |
| 備考 |  | | |