

いつもお世話になっております。

文献複写 件を 普通郵便 でご送付いただきますようよろしくお願い申し上げます。

	対 日立病院	申込No.	申込日付	受付No.	受付日付
相互利用通知書	誌名 (ISSN)				複写料金
	巻 : 号 : 頁 : ~ . 年 :				モノクロ@ 50 円 枚 円
					カラー @ 100 円 枚 円
					合計 円
	著者				送料 円
	論題				合計 円
					印刷形態
					<input type="checkbox"/> モノクロ希望 <input type="checkbox"/> カラー希望
	著作権に関し一切の責任は申込者が負います。				受領
	所属科				
申込者名					
謝絶 <input type="checkbox"/> 所蔵なし <input type="checkbox"/> 製本中 <input type="checkbox"/> 参照不全 <input type="checkbox"/> その他 ()					
〒317-0077 茨城県日立市城南町2-1-1 (株)日立製作所日立総合病院 図書室 TEL : 0294-23-1111 (内線4236) / FAX : 0294-23-8421 (図書室直通)					

返信用ラベルとして利用するため
ご記入ください

〒

御中