

オンラインによる学外文献複写サービス利用申請書
(学部学生・大学院生・その他学生用)

平成 年 月 日

佐賀大学附属図書館長 殿

「ホームページからの文献複写申込み」の利用を申請します。

この申込みに係る、文献の複写における著作権の問題及び複写料金の支払いについては、申込者において一切の責任を負います。

なお、料金の支払いを生じない文献複写につきましては、所属の事務室へ配送をお願いします。

ふりがな

氏名

印

所属	<input type="checkbox"/> 医学生 <input type="checkbox"/> 看護学生 <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> その他()
連絡先	電話番号 [研究室内線] [自宅 又は携帯] E-mail
所属 研究室	上記の者の校費を使用する研究について、承認します。 指導教官 印

発行・問合せ先: 情報図書館課 医学分館担当(内線:2174)

* 校費で文献複写を申込まれる場合は、必ず指導教官名と承認印が必要です。