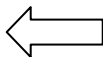


大阪市立大学
 学術情報総合センター医学分館 宛
 FAX： 06-6645-3489
 TEL: 06-6645-3491
 〒545-0051
 大阪府大阪市阿倍野区旭町1-2-7

申込館:(住所、館名、TEL、FAX)



相互利用申込書 複写・貸借

申込件数: /

申込 No.	申込日	受付 No.	受付日	発送日
雑誌名(書名と編著者名)			カラーページがあった場合: 白黒 ・ カラー	
巻号:	頁: ~	刊行年:	<input type="checkbox"/> カラーページなし	
著者名・論文名			料金 白黒: @40× 枚 円 カラー: @100× 枚 円	
※著作権に関する一切の責任は申込者が負います。 申込者氏名: 申込者所属:			複写小計 円	
申込館コメント			送料: 円	
			合計: 円	
謝絶: 所蔵なし 欠号 未着 製本中 行方不明 その他() コメント:				

相互利用通知書

申込 No.	申込日	受付 No.	受付日	発送日
雑誌名(書名と編著者名)			カラーページがあった場合: 白黒 ・ カラー	
巻号:	頁: ~	刊行年:	<input type="checkbox"/> カラーページなし	
著者名・論文名			料金 白黒: @40× 枚 円 カラー: @100× 枚 円	
※著作権に関する一切の責任は申込者が負います。 申込者氏名: 申込者所属:			複写小計 円	
申込館コメント			送料: 円	
			合計: 円	
謝絶: 所蔵なし 欠号 未着 製本中 行方不明 その他() コメント:				

※太枠内を上下同じ内容で記入してください