

文献複写申込書

年 月 日

香川県内科医会 殿

下記のとおり「香川県内科医会誌」の複写の許可を願います。

なお、複写物の使用により、著作権上の問題が生じた場合には、申請者がその責任を負うことを確約いたします。

申込者 (かな)

所属

複写目的

複写方法 (カラー ・ モノクロ) ※どちらかに○をつけてください。

内科医会誌号数 (巻)

複写頁 P ~ P , P ~ P

論文の筆頭著者

論文の演題

郵送先ご住所 〒

ご担当者

ご連絡先 (電話番号)

事務局記入欄

区分	単価	枚数	小計
モノクロ	10円	枚	円
カラー	20円	枚	円
		送料	円
	合計	枚	円

合計金額 円

文献複写は郵送にてお届けします。

なお、料金は郵便切手でお支払いください。