**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　）**※どちらかに〇をつけてください。

**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。