

# 文献 複写・借用 申込書 [ 学内・学外 ]

この申し込みによる著作権に関する一切の責任は、申込者が負います。

依頼 No. \_\_\_\_\_

申込日 Date	申込者名 Name	支払区分 Pay type	依頼先・日付
学部/学年 Department	(支払責任者名) 長大ID またはカード番号	<input type="checkbox"/> 公費 Dept.Payment <input type="checkbox"/> 私費 Self-Payment	
TEL	※はっきりと正確にご記入ください。 Please fill out clearly and accurately.		
E-Mail:	論題 Article Title		
カラーコピー Color Copy	論文の著者 Article Author		
<input type="checkbox"/> 要 Yes <input type="checkbox"/> 不要 No			
国外手配 Oversea Order	誌名 または 書名 (※図書の場合は、編著者名・出版社までご記入ください)		
<input type="checkbox"/> 要 Yes <input type="checkbox"/> 不要 No	Journal Title / Book Title, Author, Publisher (ISSN・ISBN )		
送付種別 Ship Type	Vol. _____ No. _____ , p. _____ ~ p. _____ , Year. _____		
<input type="checkbox"/> 普通 Normal <input type="checkbox"/> 速達 Express DDS(可・不可) <input type="checkbox"/> その他( )	(NCID: _____ )		

◆ 一件一枚 ◆ 太枠の中をご記入ください

長崎大学附属図書館

✂ ----- 切り取り線 -----

# 文献 複写・借用 申込書 [ 学内・学外 ]

この申し込みによる著作権に関する一切の責任は、申込者が負います。

依頼 No. \_\_\_\_\_

申込日 Date	申込者名 Name	支払区分 Pay type	依頼先・日付
2024/5/17	長崎花子 (支払責任者名) 長大ID またはカード番号 bb12345678	<input type="checkbox"/> 公費 Dept.Payment <input checked="" type="checkbox"/> 私費 Self-Payment	
学部/学年 Department	教育学部 4年		
TEL	※はっきりと正確にご記入ください。 Please fill out clearly and accurately.		
080-1234-5678	論題 Article Title		
E-Mail:	Somatic generation of antibody diversity		
bb12345678 @ms.nagasaki-u.ac.jp	論文の著者 Article Author		
カラーコピー Color Copy	Tonegawa, S.		
<input type="checkbox"/> 要 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 不要 No			
国外手配 Oversea Order	誌名 または 書名 (※図書の場合は、編著者名・出版社までご記入ください)		
<input type="checkbox"/> 要 Yes <input checked="" type="checkbox"/> 不要 No	Journal Title / Book Title, Author, Publisher (ISSN・ISBN 0028-0836 )		
送付種別 Ship Type	Nature		
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 Normal <input type="checkbox"/> 速達 Express DDS(可・不可) <input type="checkbox"/> その他( )	Vol. 302 No. 590 , p. 575 ~ p. 586 , Year. 1983		
	(NCID: _____ )		

◆ 一件一枚 ◆ 太枠の中をご記入ください

長崎大学附属図書館