

文献複写 Web 版サービス利用申請書

附属図書館長殿

学外文献複写 Web 版サービスの利用を希望しますので申請します。

なお、文献複写の申込みに当たっては著作権に関し一切の責任を負います。

所属		利用者 ID	職員証または学生証に表示されている番号
ふりがな		身分	<input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 医員（研修医）
氏名		(該当に レ点)	<input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 研究生 <input type="checkbox"/> その他（ ）
連絡先	内線	E-mail	@hama-med. ac. jp
支払区分	公費	*公費依頼の場合は支払い責任者名と印が必要です。	
所属		支払責任者	印
支払区分	私費	氏名（自筆）	印

*著作権上、代理氏名による依頼はできません。

*記入された個人情報については図書館業務以外の目的には利用しません。

文献複写 Web 版サービス利用通知書

申込みを受付けました。利用者 ID と仮パスワードは下記のとおりです。

利用者 ID
仮パスワード
利用開始日	平成 年 月 日

浜松医科大学附属図書館 情報サービス係 内線 2171 E-mail: serv3@hama-med.ac.jp

館長	学術情報課長	企画係長	情報サービス係長	担当者