**神戸市看護大学図書館  *Kobe City College of Nursing Library* TEL 078-794-8090 FAX 078-794-8088**

**文献複写申込書 Application for ILL service （支払方法＝公費、私費は別の書式です。）**

※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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太線内のみ記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者名（＝受取者名） | | □教員  □院生  □学生  □その他  （　　　　　） | 支払者名  　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | 支払区分  公費  □個研 □共同研 　□科研  ※科研の場合は課題番号等、財源が分かるように下記にご記入ください  [　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | 複写方法  ※カラーページがある場合  □すべてモノクロコピー  □カラーコピーを希望 | |
| 学籍番号： | | 連絡先 | | |
| 実習予定　(学生のみ)  □なし　　　□現在実習中  □近日中に実習あり  実習期間（　　　　　　　～　　　　　　）  （来館予定日：　　　　　　　　　　　　） | |
| 連絡先  @kobe-ccn.ac.jp  @st.kobe-ccn.ac.jp  @tr.kobe-ccn.ac.jp  TEL： | |
| 送付方法  □普通便　　　□速達 | | | 手配範囲  □国内のみ 　□海外まで | | |
| 書名・雑誌名 | ISSN / ISBN ( ) | | | | | | | | 申込日 |  |
| 依頼番号 |  |
| 巻号 | 巻　　　　　　　　　　号 | | | ページ |  | | | |
| 依頼先 |  |
| 出版年 |  | | | 出版者 |  | | | |
| 支払方法 | ・相殺サービス  ・郵便振替  ・銀行振込  ・その他（　　　　　　　　　） |
| 著者 |  | | | | | | | |
| 論文名 |  | | | | | | | |
| 受領  サイン | 月　　　　　　日 |
| 典拠 | 使ったデータベースにチェックを入れ、文献IDを記入してください。  □ 医学中央雑誌（医中誌ID：　　　　　　　　　　　　　　　　） □ PubMed（PMID：　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ その他（データベース：　　　　　　　　　　　　　　　ID：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 注意事項 | ・1文献につき1枚記入してください。  ・ISSNはCiNii、NDL ONLINEで調査の上、必ずご記入願います。 | | | | | | 備考 |  | | |