**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 | | □教員  □院生  □学生  □その他  （　　　 　） | 支払区分  私費 | | 手配範囲   * 国内のみ   下記の機関への依頼も希望 ※1  【□　国立国会図書館　□　医中誌】   * 海外まで | | | | 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  　 　 @kobe-ccn.ac.jp  　　@st.kobe-ccn.ac.jp  　　 @tr.kobe-ccn.ac.jp  TEL： | | 送付方法   * 普通便 * 速達 | | 支払方法   * 学生生協を利用 * 学生生協を利用しない | | | | 実習予定 （学生のみ）   * なし　　　□現在実習中 * 近日中に実習予定あり   ※実習期間（　　　　　　～　　　　　）  （来館予定日：　　　　　　　　 　　　） | |
| 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 |  | | | |

※1　国立国会図書館、医中誌に依頼をした場合、支払手続きはご自身で行っていただきます