

受付日： 担当： 受付NO.：

閲覧依頼申込書

大学院通信教育課程用

明治国際医療大学附属図書館 殿

「他館閲覧依頼」を申し込みます。注意事項をよく読み、閲覧にあたっては、他館の規則を守って行動します。

申込日	年 月 日	学籍番号		図書カード No.	
ふりがな 氏名	-----		入学年度	指導教員	先生
連絡先（※漏れのないよう、ご記入下さい）					
住所	〒-----	都道府県	市区町村		
Tel	0 - -	Fax	0 - -		
e-mail	@			この申込書に記入された個人情報については、貸出・返却・督促・予約業務以外の目的には利用しません。	

[↑太線枠内を楷書体で記入してください。記入漏れ等があると受付できませんのでご注意ください↓]

希望館					※閲覧希望館は、1枚につきひとつを記入し、閲覧希望日は、休館を挟まない連続した3日間以内までしか、受付できません。
第一希望日	年 月 日 () ~	年 月 日 ()			
第二希望日	年 月 日 () ~	年 月 日 ()			

閲覧する資料	誌名(書名)				
	巻号	()	ISSN (ISBN)	出版社	
	著者名			典拠	Webcat・CiNii ()・PubMed () 医中誌 ()・NDL-OPAC・他 ()
	Nii 書誌 ID	AN	-AA	(BN	-BA)
↑Webcat、CiNii で検索した際に表示される書誌レコード番号です。ご記入頂くと依頼処理が早くなります。					

閲覧する資料	誌名(書名)				
	巻号	()	ISSN (ISBN)	出版社	
	著者名			典拠	Webcat・CiNii ()・PubMed () 医中誌 ()・NDL-OPAC・他 ()
	Nii 書誌 ID	AN	-AA	(BN	-BA)
↑Webcat、CiNii で検索した際に表示される書誌レコード番号です。ご記入頂くと依頼処理が早くなります。					

担当： 依頼日： 依頼NO.： 依頼方法：Fax・郵送 回答日： 回答：可・否

教員連絡日： 教員連絡方法：Tel・e-mail 教員受渡日： 教員受領印：

謝絶連絡日： 謝絶連絡方法：Tel・Fax・e-mail 備考：

- ★指導教員を通してお申込みください。手続き上、直接図書館へ申込みされても受付できません。
- ★閲覧希望日は申込日より2週間程度余裕をみてお申込みください。
- ★申込書は依頼館ひとつにつき1枚ご記入ください。 連絡先：明治国際医療大学附属図書館
- ★申込後のキャンセルは相手館の迷惑になりますので、原則できません。 Fax (0771) 72-1185
- ★やむを得ない事情がある時は、直接相手館に連絡せず必ず本学図書館にご連絡ください。 uni_libr@meiji-u.ac.jp