

文献複写申込 福岡県看護協会図書室 行

申込件数を記入してください ⇒ 件

申込者名 (フリガナ:)		勤務先 () 病棟	
住所	勤務先・自宅 (どちらかに○)	連絡先電話 (どちらかに○)	勤務先・自宅
〒 -		() - Eメール (ある場合):	

著作権に関する一切の責任は申込者が負います

●文献送付先住所記入欄 (文献送付のラベルとして使用しますので正確にご記入下さい)

住所	〒 -
氏名	
電話	() -

●文献1

誌名 (書名)					
巻号	巻	号	ページ	P ~	発行年
論題					

●文献2

誌名 (書名)					
巻号	巻	号	ページ	P ~	発行年
論題					

※メールまたは郵送でお申し込みください

※申込書に記入された情報は、内容の確認連絡、集計の目的以外には使用いたしません

※問合せ先⇒ 〒812-0054 福岡市東区馬出4-10-1 ナースプラザ福岡
 公益社団法人福岡県看護協会教育研修部教育研修課 図書担当
 TEL: 092-631-1170 (平日9:00~17:00) F A X 092-631-1175

協会記入欄

受付者	受付No.	経理担当者	入金日	送付日

(2023.4)