

# 文献複写依頼書

# 福岡県看護協会図書室 行

下記記入後、メールか郵送でお申し込みください。

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	
連絡先	勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○)		
〒	-	TEL	- -
		内線 ( )	

著作権に関する一切の責任は申込者が負います

郵便番号	-
住所	
お名前	様
電話番号	- -

←送付先住所記入欄  
(ラベルとして利用します。正確にご記入ください)

※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。

## ● 文献 1

誌名	福岡県看護学会誌		
発行年	年	ページ	P. ~ P.
論題			

## ● 文献 2

誌名	福岡県看護学会誌		
発行年	年	ページ	P. ~ P.
論題			

所属施設への領収書の提出	必要 ・ 不要
--------------	---------

経費精算等で所属施設へ領収書(印) 対応)の提出が必要な方は、必要に○を付けてください。文献に同封します。

※領収書に関する問合せ先⇒ 経理係 TEL:092-631-1143(平日9:00~17:00)

※その他問合せ・文献複写申込先⇒ 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

〒812-0054 福岡市東区馬出4-10-1 ナースプラザ福岡

E-mail: kyoiku-main@fukuoka-kango.or.jp

TEL: 092-631-1170(平日9:00~17:00)

## 協会記入欄

受付者	受付No.	経理担当者	入金日	送付日

(2023.10)