

文献複写料金後納許可申請書

複写申込みより以前の日付

平成〇〇年〇〇月〇〇日

弘前大学附属図書館長 殿

機関名 〇〇法人 〇〇病院

法人印、病院印

代表者名には役職名を付ける。  
法人印、代表者印の、両方を押印。

代表者名 院長 弘大 太郎代表者印

印

研究者等への迅速な情報提供を行うため、〇〇病院 図書室 の依頼に係る文献複写料金の後納を申請します。

実際に複写依頼をする担当部署

支払責任者 院長 弘大 太郎
請求書送付先 住所 〒036-8560 青森県弘前市文京町〇〇番地 担当係 〇〇病院 図書室 TEL 0000-00-0000 FAX 0000-00-0000
請求書宛名 (※)
文献複写担当係 担当者 図書室文献複写担当 弘大花子 TEL 0000-00-0000 FAX 0000-00-0000 Mail 0000@hirosaki-u.ac.jp

(※) 請求書は原則として支払責任者宛で発行いたします。

それ以外の宛名を希望される場合のみ請求書宛名欄へご記入下さい。

記入の際に不明な点がありましたらお問い合わせください。