

中国四国九州医学図書室ネットワーク 図書室調査票

機関名： (略名/3~4字：)		
施設長名：		
部署名：	担当者名：	
住所：〒		
TEL： □代表 □直通 □その他 ()	FAX： 設置場所：	
インターネット： □あり (設置場所：) □なし		
担当者メールアドレス：		
開館・在室時間	曜日 ~ 時間 : ~ :	
所蔵雑誌タイトル数	和雑誌： タイトル 洋雑誌： タイトル	
文献相互貸借	依頼方法	□FAX □coimo (Web雑誌目録システム)
	受付方法	□FAXのみ □coimoのみ □coimoまたはFAX FAX受信可能サイズ (□A4まで □A3まで)
	受付時間	: ~ :
	文献FAX送信	□可 □不可 FAX送信可能サイズ (□A4まで □A3まで)
	カラー複写	□可 □不可
	複写料金	白黒@ 円、カラー@ 円、文献FAX送信@ 円
	現物貸出	□可 □不可
	現物貸出料金	□往復送料負担 □その他 ()
	支払方法 (複数選択可)	□切手 □郵便振替 □銀行振込 □郵便為替 □現金書留 □その他 ()
	郵便振替の 場合のみ回答	口座記号・番号： 加入者名：
銀行振込の 場合のみ回答	銀行名： 支店名： □普通 □当座 口座番号： 口座名義 (要フリガナ)	
勤務形態	□専任 □兼任 □フルタイム □パートタイム	
	勤務時間 : ~ : 土曜休み □毎週 □隔週 (第 . 週) □なし 土曜日勤務時間 : ~ :	
貴院の図書室の現状、文献相互貸借状況についてご記入下さい。		