

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： <input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 直通 <input type="checkbox"/> その他 ()	FAX： 設置場所：	
インターネット： <input type="checkbox"/> あり (設置場所：) <input type="checkbox"/> 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	受付方法	<input type="checkbox"/> FAXのみ <input type="checkbox"/> coimo (Web雑誌目録システム) またはFAX <input type="checkbox"/> coimoのみ (※FAXでの複写受付を基本推奨しています) FAX受信可能サイズ (<input type="checkbox"/> A4まで <input type="checkbox"/> A3まで)
	受付時間	: ~ :
	文献FAX送信	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 FAX送信可能サイズ (<input type="checkbox"/> A4まで <input type="checkbox"/> A3まで)
	カラー複写	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	複写料金	白黒@ 円、カラー@ 円、文献FAX送信@ 円
	現物貸出	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	現物貸出料金	<input type="checkbox"/> 往復送料負担 <input type="checkbox"/> その他 ()
	支払方法 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 切手 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便為替 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号： 口座名義 (要フリガナ)	
勤務形態	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任 <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム	
	勤務時間 : ~ : 土曜休み <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 (第 . 週) <input type="checkbox"/> 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。		