

市川市文学ミュージアム

モノクロ・カラー(←どれか一つに○を)		太線内のみご記入下さい。	
申込年月日	平成 年 月 日	氏 名	No.
連絡先	〒		
	TEL: ( )		

- \*複写する資料は、当館所蔵の資料に限ります。
- \*著作権のある資料については、調査・研究を目的とする場合にのみ、資料の一部を一部に限りいたします。
- \*複写物の使用により著作権上の問題が生じた場合には、申込者とその責任を負うことになります。
- \*資料の保存のため、複写をお断りする場合があります。
- \*不鮮明な箇所の確認・補記等は申込者が行ってください。

資料番号	資料名(雑誌・新聞は年号、年月日も)	複写する箇所	
	巻 号( 年 月 日)	P. ~P. 表紙・目次・奥付・他( )	枚
	巻 号( 年 月 日)	P. ~P. 表紙・目次・奥付・他( )	枚
	巻 号( 年 月 日)	P. ~P. 表紙・目次・奥付・他( )	枚
	巻 号( 年 月 日)	P. ~P. 表紙・目次・奥付・他( )	枚
	巻 号( 年 月 日)	P. ~P. 表紙・目次・奥付・他( )	枚
	巻 号( 年 月 日)	P. ~P. 表紙・目次・奥付・他( )	枚
	巻 号( 年 月 日)	P. ~P. 表紙・目次・奥付・他( )	枚
この用紙の小計			枚

発 送 日	年 月 日
支 払 い 期 限	年 月 日
領 収 日	年 月 日
担 当 者	

モノクロ	枚	× 40円	円	受領印
カラ	枚	× 150円	円	
画像データ	件	× 200円	円	
小 計	枚	円	円	
郵 送 料		円		
請 求 額		円		

FAX 047-320-3356

市川市文学ミュージアム

〒272-0015 市川市鬼高1-1-4