

ポスター印刷利用申込書

2019.4.1 第4版

学校法人日本医科大学 ICT推進センター 御中

以下のとおり、ポスター印刷の申込をいたします。なお、公序良俗に反する内容は含まれておりません。

申込日		受取希望日	
【申込期日】 受取希望日の2日前の正午まで ※ただし、土日祝日、年末年始、創立記念日等を除く			
申込者	氏名		所属
	E-mail		連絡先 (内線、PHSなど)
印刷サイズ	<input type="checkbox"/> A1(59.4cm x 84.1cm) <input type="checkbox"/> A0(84.1cm x 118.9cm) <input type="checkbox"/> B1(72.8cm x 103cm) <input type="checkbox"/> B0(103cm x 145.6cm) <input type="checkbox"/> その他 (cm x cm)		
種類/枚数	<input type="checkbox"/> 半光沢紙(短辺が110cmまで) <input type="checkbox"/> 不織布(短辺が90cmまで)		枚
印刷データ 送付方法	<u>印刷データはPDFファイル(拡張子「.pdf」)を提出してください。</u> <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 持込み		
ポスター 受渡方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 (氏名: 連絡先:) <input type="checkbox"/> 交換便 (宛先:) ※「本人」「代理人」の場合は、ICT推進センターでの受取となります。		
支払方法	<input type="checkbox"/> 財務用原票(教研用) (教育研究費、ピンク伝票) <input type="checkbox"/> 財務用原票(一般用) (管理費、黄色伝票) ※科学研究費及び現金での取り扱いはできません。		
支払部署	<input type="checkbox"/> 所属と同じ <input type="checkbox"/> 所属と違う 部署名()		
支払承認者			印

【受取確認】 年 月 日 署名 _____

【問合せ及び申込窓口】
 学校法人日本医科大学 ICT推進センター
 内線:5394 Fax:03-3823-2675 E-mail:ict-poster@nms.ac.jp