

和歌山県立医科大学学術機関リポジトリ登録申請及び利用許諾書

【見本】

年 月 日

図書館長 様

下記の私の学術研究成果について、和歌山県立医科大学学術機関リポジトリに登録し、和歌山県立医科大学学術機関リポジトリ運用指針第6条に掲げる利用について許諾します。※1

フリガナ	姓 (Last name) ワカヤマ	名 (First name) タロウ
氏 名	和歌山	太郎
Name(英字)	Wakayama	Tarou
所 属	保健看護学専攻 博士後期課程 ○○領域	身 分 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡先等	郵便番号 住所 Address	— (本学に在籍している教職員及び学生は記入不要です)
	電話番号(もしくは内線番号) Phone Number	電子メールアドレス(e-mail)
著作名 (論文名・単行書名)		
掲載雑誌名・ 収録図書名	誌名・図書名、編者名、出版社、出版年 図書の場合は編者名、出版社、出版年を記入して下さい	
キーワード (5つ程度)		
著作権者への 同意 ※2	<input type="checkbox"/> 共同著作物の各著作者(全員)の同意を得ている <input type="checkbox"/> 共著者なし	<input type="checkbox"/> 本人以外の著作権者(学会・出版社等)の同意を得ている <input type="checkbox"/> 他の著作権者なし
備 考		
登録希望時期	<input type="checkbox"/> 即時 <input checked="" type="checkbox"/> 時期指定 年 月	

電話(内線)番号、アドレスは忘れずご記入ください。

論文のタイトルを原文のままご記入ください。

掲載雑誌名は省略せず、正式名称でご記入ください。

情報検索で、データを引き出すときの索引となる語または記号

共著者に本学リポジトリへの掲載許諾を得てください。共著者への同意については、申請者が同意を得てください。

時期を指定される場合は、その理由もご記入ください。公開禁止期間(エンバーゴ)がある場合は、それ以降の時期を記入してください。

<個人情報の取扱いについて>

この許諾書に記載いただいた事項は、目的以外の用途には使用いたしません。

- ※1 和歌山県立医科大学学術機関リポジトリに学術研究成果物を登録することは、著作権法の複製権と公衆送信権の行使に許諾を与えるものであり、著作権は著作権者の元に留保されます。
- ※2 共著者に著作権がある場合は、共著者全員の許諾を得ることが必要です。出版者等が著作権を有する場合は、その利用許諾を得ることが必要です。ただし、著作権者があらかじめ許諾の方針(クリエイティブ・コモンズ・ライセンス、Self-Archiving Policy など)を、社会的に公開している場合は必要ありません。

◎連絡先: 和歌山県立医科大学図書館 機関リポジトリ担当(内線 5780)
TEL: 073-441-0787 FAX: 073-441-0783