

京都薬科大学学術情報リポジトリ登録同意書

年 月 日

京都薬科大学

_____ 様

氏名： _____ (自著)

所属機関： _____

電話番号： _____

E-mail： _____

あなたと共同で著作した下記論文について、京都薬科大学学術情報リポジトリへ登録し、インターネット上に公開することに同意します。

記

論文題目	
論文著者名	
掲載雑誌名等	雑誌名： (書名)
	巻号：
	開始ページ： _____ 終了ページ： _____
	出版年：
	出版社：
論文のバージョン	1. 著者版 (査読済最終原稿) 2. 出版社版

以上