**上海交通大学医学院图书馆馆际互借委托单**

**委托日期： 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日**

|  |
| --- |
| **委 托 人 信 息**  |
| **姓名：** | **单位：** |
| **电话：** | **邮件：** |
| **委 托 内 容** |
| **篇名（书名）** | **作者** | **出处（出版社）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

资源共享办公室：图书馆二楼阅览室203室；电话：64672434；Email：dds@shsmu.edu.cn