

書籍 FAX 注文書

FAX 0564-54-0560

西三河医師会協同組合 行

ご注文ありがとうございます。下記に必要事項をご記入いただき、FAXにてお申込みください。

お申込日	年	月	日
------	---	---	---

病医院名		ご担当者	
電話番号		FAX 番号	

☛定期購読をご希望の場合は☑してください
購読開始号は次号からに○をするか、号数をご記入ください

No.	書籍名	冊数	著者名	出版社	定期購読および購読開始号
1					<input type="checkbox"/> 次号から / から
2					<input type="checkbox"/> 次号から / から
3					<input type="checkbox"/> 次号から / から
4					<input type="checkbox"/> 次号から / から
5					<input type="checkbox"/> 次号から / から
6					<input type="checkbox"/> 次号から / から
7					<input type="checkbox"/> 次号から / から
8					<input type="checkbox"/> 次号から / から