

記入日： 年 月 日

雑誌定期購読申込書

岡山医師協同組合御中 FAX：086-201-1404

| 書籍名 | 申込件数 |
|------|------|
| 雑誌名： | 冊 |
| 雑誌名： | 冊 |
| 雑誌名： | 冊 |
| 雑誌名： | 冊 |
| 雑誌名： | 冊 |

- *年間購読料の一括前払いとなります。
- *定期購読は、購読中止のご連絡がない限り自動で更新されお届けいたします。
- *お届け先変更については医師協同組合までご連絡ください。

◆ご利用者記入欄◆ この注文書に関する個人情報他他の目的には一切使用しません。

| | | | | |
|-----------|-----------|----------|-------------------|--|
| 所属医師協同組合名 | 岡山医師協同組合 | 医師協同組合番号 | *組合番号は必須項目ではありません | |
| 登録先住所 | 〒 - | | | |
| フリガナ | | | | |
| 医療機関名 | | | | |
| フリガナ | | | | |
| ご氏名 | | | | |
| 連絡先 | TEL | | FAX | |
| | E M a i l | | | |
| お支払方法 | 自動引落 | | | |

◆書籍のお届け先を上記以外にされる場合は、以下にご記入ください。

| | | | |
|--------|-----|-------------------------------------|--|
| お届け先住所 | 〒 - | | |
| お名前 | | | |
| TEL | | ※住所はビル・マンション名、階数、部屋番号などを詳しくご記入ください。 | |

(当欄はご記入不要)

(お問い合わせ先)

| | | | |
|-------|-------|--|--|
| 受付日 | 登録日 | | |
| 年 月 日 | 年 月 日 | | |

*この用紙は、コピーしてご利用ください。

ご住所変更、お支払いに関すること
 岡山医師協同組合
 TEL : 086-201-1414
 FAX : 086-201-1404
 E-MAIL :
 odc@po/okayama.okyama.med.or.jp