記入日　　年　　月　　日（書籍申込書　　／　　枚送付　）

書籍FAX注文書

愛媛県医師協同組合御中　　ＦＡＸ：089 – 993 – 7317

|  |  |
| --- | --- |
| 書　　籍　　名 | 注文冊数 |
| 書名：　　　　　　　　　　　　　　　　　著者名：  　　　　　　　　　　　　　定価（本体価格）：  出版社名：　　　　　　　　　　　　　　　ISBN:　　　　　　　　　備考： | 冊 |
| 書名：　　　　　　　　　　　　　　　　　著者名：  　　　　　　　　　　　　　定価（本体価格）：  出版社名：　　　　　　　　　　　　　　　ISBN:　　　　　　　　　　備考： | 冊 |
| 書名：　　　　　　　　　　　　　　　　　著者名：  　　　　　　　　　　　　　定価（本体価格）：  出版社名：　　　　　　　　　　　　　　　ISBN:　　　　　　　　　　備考： | 冊 |
| 書名：　　　　　　　　　　　　　　　　　著者名：  　　　　　　　　　　　　　定価（本体価格）：  出版社名：　　　　　　　　　　　　　　　ISBN:　　　　　　　　　　備考： | 冊 |
| 書名：　　　　　　　　　　　　　　　　　著者名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　定価（本体価格）：  出版社名：　　　　　　　　　　　　　　　ISBN:　　　　　　　　　　備考： | 冊 |

＊ご注文の書籍を迅速にお届けするため、著者名・定価・ISBN（書籍の裏面に掲載されている番号）はできる限りご記入願います。

＊文庫や新書には必ず備考欄に「文庫」「新書」とご記入ください。

＊万が一ご希望の書籍に新しい版が発行された場合は、新刊を優先させていただきます。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属医師協同組合名 | 愛媛県医師協同組合 | | | | | | | | | 医師協同組合員番号 | | | | | | | | | | ＊記載不要 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ご氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ｅMail |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| お支払方法 | 自　動　引　落　　・　振　込　\*いずれかに○をお付け下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

◆書籍のお届け先を上記以外（ご自宅）にされる場合は、以下にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ご自宅住所 | 〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |

（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 |  |  |

ご住所変更、お支払い方法など

愛媛県医師協同組合

TEL：０８９- ９８６- ９９７８

FAX：０８９- ９９３- ７３１７

＊この用紙は、コピーしてご利用ください。