

『医療と福祉』購読申込書（FAX用）

年 月 日

申込者

郵便番号

住 所

氏 名

TEL _____

FAX _____

『医療と福祉』を購読したいので、次のとおり申し込みます。

申込種別	1. 定期購読			2. バックナンバー（ ）		
冊 数	冊					
送付先	注：送付先欄は、送付を受けようとする箇所が申込者の住所または氏名と異なる場合に記載してください。					
住 所	〒 —					
氏 名						
TEL	—	—	FAX	—	—	
請求先	注：請求先欄は、請求を受けようとする箇所が申込者の住所または氏名と異なる場合に記載してください。					
住 所	〒 —					
氏 名						
TEL	—	—	FAX	—	—	
必要書類	見積書（ 通）・納品書（ 通）・請求書（ 通） 注：送料が別途掛かります。書籍代金に送料を合算した額で請求が必要な場合は備考欄にその旨記載してください。					
備 考						

《 申込先 》 公益社団法人日本医療社会福祉協会

〒162-0065

東京都新宿区住吉町8-20 四谷デングビル2F

FAX 03-5366-1058

TEL 03-5366-1057