

E-mail : jaswhc@d3.dion.ne.jp

申込書送付先
公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会 事務局

『医療と福祉』購読申込書

年 月 日

『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					
申込者住所	〒 —					
申込者氏名			申込者 E-mail			
申込者 TEL			申込者 FAX			
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						