

購読申込書

年 月 日

申込書籍	*申込書籍の冊数をご記入ください。 (冊) ①日本の医療ソーシャルワーク史 (冊) ②個人情報保護法の解説 Q&A (冊) ③復刻版スーパーヴィジョンの必要性・ケース記録の原則 (冊) ④マンガ「メディカルスタッフのお仕事②		
申込者氏名 (送付先)			
住 所	〒 -		
Eメール アドレス			
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 ・ 納 品 書		
	*銀行振込控えをもって領収書に代えさせていただきます。別途弊会発行の領収書をご希望の場合は、備考欄にその旨記載してください。 *送料が別途かかります。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			
お支払い 発送に ついて	購読申込書受理後に請求書を発行致します。請求書に記載している指定口座への入金確認後に、購読申込書籍を発送致します。到着まで休日を除き1週間程度かかります。		

《 お問い合わせ・申込先 申込は FAX 又は Eメールで下記までお願い致します 》

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会

Fax : 03-5366-1058 Eメール : jaswhc@d3.dion.ne.jp Tel : 03-5366-1057