『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ソーシャルワーカー協会
〒162-0065
東京都新宿区住吉町８－２０　四谷ヂンゴビル２Ｆ
ＦＡＸ　０３－５３６６－１０５８　　ＴＥＬ　０３－５３６６－１０５７