

申込日:平成 年 月 日(書籍申込書 / 枚送付)

書籍 FAX 注文書

徳島医師協同組合 行 FAX:088-624-6422

書籍名			注文冊数
書名		著者名	冊
		定価	
出版社名		ISBN	
		備考	
書名		著者名	冊
		定価	
出版社名		ISBN	
		備考	
書名		著者名	冊
		定価	
出版社名		ISBN	
		備考	
書名		著者名	冊
		定価	
出版社名		ISBN	
		備考	

- *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他は他の目的には一切使用しません。

所属医師協同組合名	徳島医師協同組合
フリガナ	
医療機関名	
フリガナ	
ご氏名 (医師・組合員名)	
医療機関住所	〒
TEL	

(当欄はご記入不要)

受付日	登録日		
年 月 日	年 月 日		

(お問い合わせ先)

徳島医師協同組合
TEL : 088-624-6411
FAX : 088-624-6422

*この用紙は、コピーしてご利用ください。