

書籍 FAX 注文書

福島県医師協同組合 宛 FAX：024-572-7732

書籍名	注文冊数
書名： 出版社名： ISBN： 備考：	冊
書名： 出版社名： ISBN： 備考：	冊
書名： 出版社名： ISBN： 備考：	冊
書名： 出版社名： ISBN： 備考：	冊
書名： 出版社名： ISBN： 備考：	冊

*ご注文の書籍を特定するため、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。
*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は他の目的には一切使用しません。

所属医師協同組合名	福島県医師協同組合	医師協同組合員番号	*記載不要
フリガナ			
医療機関名			
フリガナ			
ご氏名			
医療機関住所	〒		
	TEL		FAX
	e Mail		

◆書籍のお届け先を上記以外（ご自宅）にされる場合は、以下にご記入ください。

ご自宅住所	〒	TEL
-------	---	-----

（当欄はご記入不要）

（お問い合わせ先）

受付日	登録日		
年 月 日	年 月 日		

ご住所変更、お支払い方法、送料に関する事

福島県医師協同組合
TEL：024-572-7731
FAX：024-572-7732

*この用紙は、コピーしてご利用ください。