

書籍 FAX 注文書

茨城県医師協同組合御中 FAX：029-243-3660

書籍名			注文冊数
書名： 出版社名：	定価（本体価格）：¥ ISBN：	著者名： 備考：	冊
書名： 出版社名：	定価（本体価格）：¥ ISBN：	著者名： 備考：	冊
書名： 出版社名：	定価（本体価格）：¥ ISBN：	著者名： 備考：	冊
書名： 出版社名：	定価（本体価格）：¥ ISBN：	著者名： 備考：	冊

*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	茨城県医師協同組合	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	
	eMail			
お支払方法	自動引落			

◆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		

茨城県医師協同組合
TEL 029-243-5537
FAX 029-243-3660