

# 書籍 FAX 注文書

静岡県医師協同組合御中

F A X : 054-248-0609

書 籍 名			注文冊数
書名：	著者名：		冊
出版社名：	ISBN：	備考：	
書名：	著者名：		冊
出版社名：	ISBN：	備考：	
書名：	著者名：		冊
出版社名：	ISBN：	備考：	
書名：	著者名：		冊
出版社名：	ISBN：	備考：	
書名：	著者名：		冊
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。  
 \*ご注文後のお客様のご都合によるキャンセル・返品はお受けできませんので、ご注文の前に内容を充分にご確認ください。

◆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	静岡県医師協同組合	医療機関番号	
フリガナ			
医療機関名			
フリガナ			
ご氏名			
医療機関住所	〒 ー ※当サービスで一度商品をお届けした住所は変更できません。ご注意ください。		
	TEL		FAX
	e Mail		
お支払方法	控除システムご登録口座よりお引き落とし ・ 郵便振替 *いずれかに○をお付け下さい。		

◆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	〒 ー	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、  
 送料に関すること  
 静岡県医師協同組合  
 TEL : 054-246-0001  
 FAX : 054-248-0609  
 E-MAIL : ikyo@jim.shizuoka.med.or.jp

\*この用紙は、コピーしてご利用ください。