

書籍 FAX 注文書

鹿児島県医師協同組合 御中 FAX:099-257-1816

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	鹿児島県医師協同組合	医師協同組合員番号	
フリガナ			*記載不要
医療機関名			
フリガナ			
ご氏名			
医療機関住所	〒		
	TEL		FAX
	e Mail		
お支払方法	自動引落 ・ 振込 *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	〒	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、お支払い方法に関する
 こと
 鹿児島県医師協同組合
 TEL:099-254-8126
 FAX:099-257-1816
 E-MAIL: ikyo@kagoshima.med.or.jp

*この用紙は、コピーしてご利用ください。