

長崎市医師会協同組合 御中 FAX: 095-818-5633

書籍WEB購買サービス 利用申込書

◆ ご利用者記入欄 ◆ この申込書に関する個人情報は他の目的には一切使用しません。  
 ご記入に漏れがありますとご登録できない場合がございます。項目すべてにご記入ください。

所属医師協同組合名	長崎市医師会協同組合	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 :

書籍WEB購買サービスにお申込いただきありがとうございます。  
 登録が完了いたしましたら、ご指定のメールにユーザーID とパスワードをお送りいたします。

下欄はご記入不要です。

長崎市医師会協同組合 記入欄

組合員管理コード	

受付日	登録日
年 月 日	年 月 日

サポートセンター 記入欄

サポートセンター日付	顧客CD	担当部支店	担当者CD	カスタマーS日付	備考