

医学通信社 行

FAX 注文書

FAX 03(3512)0250

年 月 日

ご住所	〒
(フリガナ) お名前	
ご担当者名	(法人・団体でのご注文の場合)
お電話	

書名	部数
(通信欄)	

『月刊 / 保険診療』 いずれか希望するものに を付けて下さい
1. 定期購読 年 月号から 6ヵ月・1年 2. 見本誌希望 定期購読料のお支払い方法〔1.口座引落とし 2.コンビニ・郵便局振込 3.未定〕