



脳神経超音波マニュアルCD購入 申込書

- * 下記をご記入の上、FAX:075-468-8773 またはご郵送にてお送りください。
- * 申込書を受領後、ご請求のメールをお送りさせていただきますので、マニュアル代金+送料のご入金をお願いいたします。
(入金確認後に、発送させていただきます。)

申込日:平成 年 月 日

氏名: <small>し め い</small>			
E-Mail: (*連絡をさせていただく場合のアドレス)			
CD購入希望数:		本	
✓ を し て く だ さ い	<input type="checkbox"/> 会員 (CD:1,000円 + 送料実費)	会員番号:	*不明の場合は空欄のまま
	<input type="checkbox"/> 非会員 (CD:3,000円 + 送料実費)	<input type="checkbox"/> 入会希望[生年月日:(西暦) 年 月 日] *会費と同時に振込をされる場合、会員価格で購入が可能です *「入会申込書」は必要ありません	
職 種: (✓ をしてください)		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> コメディカル <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()	
自 宅:		〒 _____ _____ _____ 電話: _____ FAX: _____	
勤 務 先:		〒 _____ _____ _____ 施設名・科: _____ _____ 電話: _____ FAX: _____	
CDの送付先: (✓ をしてください)		<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	

*事務局 記入欄

受付日	No.	発送日	備 考
年 月 日		年 月 日	