

**脳神経超音波マニュアル2020　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：  年  月  日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ： | |  |
| E-Mail：  (\*連絡をさせていただく場合のアドレス) | |  |
| 購入希望冊数： | | 冊 |
| 価　　　　格： | | 会　員：　 2,500円 + 消費税250円 + 送料実費  非会員：　8,000円 + 消費税800円 + 送料実費 |
| ✔をしてください | □会員 | 会員番号：     ＊不明の場合は空欄のまま |
|  | □非会員 | 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） | | 医師  　コメディカル  　診療放射線技師 　臨床検査技師  　看護師 　学生  　その他　（      ） |
| 自宅： | | 〒    電話：      FAX： |
| 勤務先： | | 〒    施設名・科：  電話：      FAX： |
| 購入書籍の送付先：  （✔　をしてください） | | 勤務先 　自宅 |

**\*事務局 記入欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | No. | 発送日 | 備　　考 |
| 年　　　月　　　日 |  | 年　　　月　　　日 |  |

様式改訂　2020年8月