



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

氏名: <small>し め い</small>		
E-Mail: <small>(*連絡をさせていただく場合のアドレス)</small>		
購入希望冊数:		冊
価格:		JAN会員 : 2,500円 + 消費税250円 + 送料実費 エンボラス会員 : 2,500円 + 消費税250円 + 送料実費 どちらも非会員 : 8,000円 + 消費税800円 + 送料実費
チェックを入れてください	<input type="checkbox"/> JAN会員	会員番号: *不明の場合は空欄のまま
	<input type="checkbox"/> エンボラス会員	会員番号: *不明の場合は空欄のまま
	<input type="checkbox"/> どちらも非会員	<input type="checkbox"/> JAN入会希望 [生年月日:(西暦) 年 月 日] *JAN会費と同時に振込される場合、会員価格で購入が可能です JAN「入会申込書」は必要ありません *エンボラス学会入会ご希望の方はエンボラス学会事務局へお問い合わせ下さい
職種: <small>(✓ をしてください)</small>		<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:
購入書籍の送付先: <small>(チェックを入れてください)</small>		<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅

*事務局 記入欄

様式改訂2023年6月

受付日	No.	発送日	備考
年 月 日		年 月 日	