

# 書籍 FAX 注文書

高知医師協同組合御中

F A X : 088-833-6066

書 籍 名			注文冊数
書名：	著者名：		冊
出版社名：	定価（本体価格）：		
ISBN：	備考：		
書名：	著者名：		冊
出版社名：	定価（本体価格）：		
ISBN：	備考：		
書名：	著者名：		冊
出版社名：	定価（本体価格）：		
ISBN：	備考：		
書名：	著者名：		冊
出版社名：	定価（本体価格）：		
ISBN：	備考：		
書名：	著者名：		冊
出版社名：	定価（本体価格）：		
ISBN：	備考：		

\*ご注文の書籍を迅速にお届けするため、著者名・定価・ISBN（書籍の裏面に掲載されている番号）はできる限りご記入願います。  
 \*文庫や新書には必ず備考欄に「文庫」「新書」とご記入ください。  
 \*万が一ご希望の書籍に新しい版が発行された場合は、新刊を優先させていただきます。

◆ご利用者記入欄◆ この注文書に関する個人情報は他の目的には一切使用しません。

所属医師協同組合名	高知医師協同組合	医師協同組合員番号	
フリガナ			*記載不要
医療機関名			
フリガナ			
ご氏名			
医療機関住所	〒		
	TEL		FAX
	e Mail		
お支払方法	自動引落 ・ 振込 *いずれかに○をお付け下さい。		

◆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

（当欄はご記入不要）

（お問い合わせ先）

受付日	登録日		
年 月 日	年 月 日		

ご住所変更、お支払い方法、  
送料に関すること  
高知医師協同組合

TEL : 088-833-1241

FAX : 088-833-6066

E-MAIL : kotikyo@crest.ocn.ne.jp

\*この用紙は、コピーしてご利用ください。