

# 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： | ISBN： | 備考： |      |
| 書名：   | 著者名：  |     | 冊    |
| 出版社名： | ISBN： | 備考： |      |
| 書名：   | 著者名：  |     | 冊    |
| 出版社名： | ISBN： | 備考： |      |
| 書名：   | 著者名：  |     | 冊    |
| 出版社名： | ISBN： | 備考： |      |
| 書名：   | 著者名：  |     | 冊    |
| 出版社名： | 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 |  |  |

\*この用紙は、コピーしてご利用ください。

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