

書籍 FAX 注文書

諫早医師会協同組合 御中 FAX：0957-25-3100

| 書籍名 | | 注文冊数 |
|--------------|--------------------------------|------|
| 書名： 出版社名： | 著者名： 定価（本体価格）： ISBN： 備考： | 冊 |
| 書名： 出版社名： | 著者名： 定価（本体価格）： ISBN： 備考： | 冊 |
| 書名： 出版社名： | 著者名： 定価（本体価格）： ISBN： 備考： | 冊 |
| 書名： 出版社名： | 著者名： 定価（本体価格）： ISBN： 備考： | 冊 |
| 書名： 出版社名： | 著者名： 定価（本体価格）： ISBN： 備考： | 冊 |

*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 | 諫早医師会協同組合 | 医師協同組合員番号 | *記載不要 |
| フリガナ | | | |
| 医療機関名 | | | |
| フリガナ | | | |
| ご氏名 | | | |
| 医療機関住所 | 〒 — ※当サービスで一度商品をお届けした住所は変更できません。ご注意ください。 | | |
| | TEL | | FAX |
| | eMail | | |

◆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）

| | | | |
|-------|-------|--|--|
| 受付日 | 登録日 | | |
| 年 月 日 | 年 月 日 | | |

（お問い合わせ先）

ご住所変更、お支払い方法、
送料に関すること
諫早医師会協同組合
TEL 0957-25-2111
FAX 0957-25-3100

*この用紙は、コピーしてご利用ください。