

宮崎県医師協同組合 御中 FAX: 0985-23-9179

書籍WEB購買サービス 利用申込書

◆ ご利用者記入欄 ◆ この申込書に関する個人情報は他の目的には一切使用しません。
 ご記入に漏れがありますとご登録できない場合がございます。項目すべてにご記入ください。

所属医師協同組合名	宮崎県医師協同組合	医師協同組合員番号	
フリガナ			
医療機関名			
フリガナ			
ご氏名			
医療機関住所	〒 —		
	TEL		FAX
	E-Mail		
お支払い方法	口座引落 ・ 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 :

書籍WEB購買サービスにお申込いただきありがとうございます。
 登録が完了いたしましたら、ご登録メールアドレスにユーザーID とパスワードをお送りいたします。

下欄はご記入不要です。

宮崎県医師協同組合	記入欄

受付日	登録日
年 月 日	年 月 日

サポートセンター 記入欄

サポートセンター日付	顧客CD	担当部支店	担当者CD	カスタマーS日付	備考