「月刊地域医学」購読申込書

年　　月　　日

購読の種類	購読料	希望号	希望部数	振込額
年間定期購読	7，920円（税込） （660円×12か月）	年　　月号から 年　　月号まで	部	小計　円
バックナンバー または 今後発行予定の 希望号の購読	1部660円（税込）	年　月号	部	小計　円
		年　月号	部	小計　円
		年　月号	部	小計　円
		年　月号	部	小計　円
		年　月号	部	小計　円
				送料　0　円
				合計　円

お申込者様

お名前			
ご住所	〒		
法人の場合 ご担当者職・氏名			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス	＠		
ご職種	医師　看護師　医療技術者　その他（　　）		

ご送付先（お申込者様と違う場合のみご記入ください。）

お名前	フリガナ
ご住所	〒

通信欄

1. 太枠内に必要事項をご記入のうえ、FAXまたはメールにてお送りください。
2. バックナンバーをご希望の場合は、在庫を確認いたしますのでお問合せください。
3. 代金は下記口座にお振込ください。ご入金確認後に発送いたします。お振込手数料はご負担ください。
   送料は当方が負担いたします。

【お振込先】りそな銀行　東京公務部　（普）6104085

公益社団法人地域医療振興協会（コウエキ シャダン ホウジン チイキ イリョウ シンコウ キョウカイ）　理事長（リジチョウ）　吉新通康（ヨシアラ ミチヤス）

【お問合せ電話番号】03－5212－9152

【お申込みFAX番号】03－5211－0515

【メールアドレス】chiiki-igaku@jadecom.or.jp

〒102-0093　東京都千代田区平河町2-6-3都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会　地域医療研究所　研究所事務部