

**「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	5,280円(税込) (880円×年6回) ※紙媒体での発刊は隔月 (偶数月)となります。	年 月号から	部	小計 円
		年 月号まで		
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880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
				合計 円

**お申込者様**

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒		
法人の場合 ご所属部署・氏名			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス	@		
ご職種	医師 看護師 その他の医療専門職 その他( )		

**送付先(お申込者様と異なる場合のみご記入ください。)**

フリガナ			
お名前			
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。ご入金確認後に送付いたします。お振込手数料はご負担ください。
4. 代金お振込後のキャンセル・返金は原則承っておりません(乱丁・落丁は交換対応いたします)。

**【お振込先】りそな銀行 東京公務部 (普) 6104085**

コウエキ シャダン ホウジン タイキ イリョウ シンゴウ キョウカイ  
**公益社団法人地域医療振興協会**

**【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.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