

日本病院薬剤師会雑誌『定期購読』申込書

フリガナ	
氏名	
住所 (送付先をご自宅に希望される場合のみご記入ください。)	〒 TEL: FAX: E-mail:
所在地 勤務先名・所属部署 (送付先を勤務先に希望される場合のみご記入ください。)	〒 TEL: FAX: E-mail:
雑誌/請求書送付先	・自宅 ・勤務先 *どちらかに○印をお付け下さい
請求書の宛名	・個人 ・施設名 *どちらかに○印をお付け下さい
希望する冊数	冊

申込日:平成 年 月 日

上記全てにご記入の上、FAX(03-3797-5303)又はE-mail(keiri@jshp.or.jp)に添付してお送り下さい。
請求書は、お申し込みより1週間以内にお送りさせていただきます。
お振り込みは、請求書に同封いたします指定の払込用紙をご使用下さい。

ご入金確認後、年度内のバックナンバーをお送りいたします。
最新号は毎月10日を送付締切日として、入金確認後の翌月以降からお送りいたします。
(締切日以後にご入金いただいた場合は翌々月からお送りいたします)