

送信先 FAX:06-6441-2055

一般社団法人 日本緩和医療薬学会(JPPS)事務局

〒550-0001 大阪市西区土佐堀 1 丁目 4-8 日栄ビル 703A

あゆみコーポレーション内

## 購 読 申 込 書

この申込書を印刷して、書誌名・対象商品・申込数・送付先・支払方法をご記入のうえ当社へお送りください。

書誌名	対象商品	申込数
例)日本〇〇〇〇学会誌	購読 2015 Vol.〇〇 No.〇〇~〇〇	1 セット
例)日本〇〇〇〇学会誌	購読 2015 Vol.〇〇 No.〇〇	1 冊

ご住所	〒		
お名前			
TEL		FAX	
E-mail			
支払方法	ご希望の支払方法(→)に <input type="checkbox"/> をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> 銀行振込  また、国庫金などによる公費で支払いを希望される場合は下記をご記入ください。  宛名 : _____ 日付:( あり ・ なし )  必要書類 : 見積書____通、納品書____通、請求書____通、振込用紙( 要 ・ 不要 )		
備考欄			