

FAX:03-6811-0887

定期年間購読申込書

- ・太枠内ご記入の上、ご送信お願いいたします。
- ・申込書を確認次第、弊社より御請求書と郵便払込票をご郵送させていただきます。
- ・購読料は前納制となっておりますので、同封の払込取扱票にて 2 週間以内にお支払いください。
(銀行振込の場合、振込手数料はお客様のご負担とさせていただきます。)
- ・年間購読のみ送料無料

| | |
|---------|-----------|
| ふりがな | |
| お名前 | |
| 請求書宛名 | |
| 送付先ご住所 | 〒 |
| TEL・FAX | TEL: FAX: |

| | |
|------|--|
| 雑誌名 | Geriatric Medicine / Progress in Medicine / 睡眠医療 |
| 購読期間 | Vol: No: ~ 1年間 <部数(毎月) _____ 部> |

通信欄

| |
|--|
| |
|--|

※ご記入いただいた個人情報はご注文の発送・御請求以外の目的では利用いたしません。

ご注文ありがとうございました。