令和3年版 愛知県勤務医師名簿 購入申込書

購入申込日 令和　　年　　月　　日

（枠内に必要事項をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名  （請求書宛名） | |  | | | | | |
| 会員氏名  （申込者名） | | （フリガナ） | | | | | |
|  | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | |
|  | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | ＦＡＸ | |  | |
| 所属医師会 | |  | 医師会 | | 希望冊数 | | 冊 |
| 領収書 | | 希望する　　　・　　　希望しない | | | | | |
| （どちらかに○をご記入ください） | | | | | |

販売対象：原則、愛知県医師会会員に限ります。

価　　格：１冊3,300円（税込）＋送料270円

※振込手数料は別途ご負担願います。

【購入申込方法】

１．本購入申込書に必要事項をご入力ください。

２．入力後、本会第１課宛にメールにて本購入申込書をご送付ください。

３．本会にて本購入申込書を確認後、請求書を送付いたしますので、指定振り込み口座に所定金額をお振込ください。

４．ご入金確認後、名簿を送付させていただきます。

担　当：医療業務部第１課

ＴＥＬ：０５２－２４１－４１３８

ＦＡＸ：０５２－２４１－４１３０

E-mail：chiiki\_1@aichi.med.or.jp