

**脳神経超音波マニュアル2020　購入申込書**

＊　下記をご記入の上、FAX：075-468-8773　またはご郵送にてお送りください。

＊　申込書を受領後、ご請求のメールをお送りさせていただきますので、マニュアル代金＋送料のご入金をお願いいたします。　　（入金確認後に、発送させていただきます。）

申込日：  年  月  日

|  |  |
| --- | --- |
| ： |            |
| E-Mail：(\*連絡をさせていただく場合のアドレス) |       |
| 購入希望冊数： |       冊 |
| 価　　　　格： | 会　員：　 2,500円 + 消費税250円 + 送料実費非会員：　8,000円 + 消費税800円 + 送料実費 |
| ✔をしてください | □会員　 | 会員番号：     ＊不明の場合は空欄のまま |
|  | □非会員　 | [ ] 　入会希望[生年月日：（西暦）     年   月   日] ＊会費と同時に振込をされる場合、会員価格で購入が可能です ＊「入会申込書」は必要ありません |
| 職種：（✔　をしてください） | [ ] 　医師[ ] 　コメディカル [ ] 　診療放射線技師 [ ] 　臨床検査技師 [ ] 　看護師 [ ] 　学生[ ] 　その他　（      ） |
| 自宅： | 〒          電話：      FAX：      |
| 勤務先： | 〒          施設名・科：     電話：      FAX：      |
| 購入書籍の送付先：（✔　をしてください） | [ ] 　勤務先 [ ] 　自宅 |

**\*事務局 記入欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | No. | 発送日 | 備　　考 |
| 　　　年　　　月　　　日 |  | 　　　年　　　月　　　日 |  |

様式改訂　2020年8月