

FAXにてご送信ください

 082-261-6110

広島県医師協同組合 御中

平成 年 月 日

医師協取扱いの医学雑誌等購読依頼

該当するものに印をしてください

- 医学和雑誌年間購読
 医学書以外の雑誌定期購読

記

住 所 〒

氏 名

医 院 名

生 年 月 日

電 話 番 号

※お申し込みいただいた個人情報は、医師協・広医(株)の個人情報保護方針に基づき、医師協・広医(株)及び紹介提携企業等それぞれの責任において管理させていただき、他の目的には一切使用しません。