

お申込み用紙

裏面の記入例を参考の上、各項目にご記入いただき、FAXまたは郵送にてお送りください。

申込年月日	平成 年 月 日		印
フリガナ			
貴院名			
フリガナ			
ご住所	〒		
電話番号			FAX
フリガナ			
ご担当者名			ご連絡先電話番号 (上記の番号と異なる場合のみ)
ご注文部数	部		※中止・部数変更などのご連絡がなければ、左記のご注文部数を毎月お届けします。

貴名掲載部分について、貴名・住所・電話番号のほか、掲載ご希望の事項に○をおつけください			
診療時間	(a) する  (b) しない	掲載ご希望の場合、詳細をご記入ください	
診療科目	(a) する  (b) しない	掲載ご希望の場合、詳細をご記入ください	
休診日	(a) する  (b) しない	掲載ご希望の場合、詳細をご記入ください	
貴名掲載部分の希望	(a) ゴシック体 (b) 明朝体 (c) 丸ゴシック体 (d) 特になし	貴名掲載部分について、そのほか希望事項があればご記入ください	

オリジナル誌にカスタマイズできるオプションをご希望の場合は、下の必要項目に○をおつけください

冊子名「うちのくすり箱」を貴院オリジナルの冊子名に変更しますか？	(a) する  (b) しない	冊子名がお決まりでしたらご記入ください
12ページ目（裏表紙）に貴院オリジナル記事を掲載しますか？	(a) する	(b) しない

そのほかに希望事項などがあればご記入ください

お申込みいただきありがとうございました。
 ご不明な点などは、お申込みと同時に電話、FAX、E-mailにてお問い合わせください。
FAX 03-5261-1571 TEL 03-5261-1570
 E-mail kusuribako@medicpress.co.jp