お申し込みは、ＦＡＸかメールでお願いいたします

（必要事項をご記入の上、お申込下さい）

FAX 送信先　：（株）メディコ北海道　011-210－7172

Mail 送信先：（株）メディコ北海道　medico@m.doui.jp

購 入 申 込 書

【　適正な保険診療のてびき　】

注　文　日	年　　月　　日
医療機関名	ﾌﾘｶﾞﾅ
ご担当者名	ﾌﾘｶﾞﾅ
請求書宛名 （メディコからの請求書に記載する個人または医療機関の名）	ﾌﾘｶﾞﾅ
住　　所	〒　　―
電話番号	（　　）　　―
購入数	冊
その他	北海道医師会の　　会　員　・　非 会 員 （◯で囲んでください）

※　お預かりした個人情報は(株)メディコ北海道が責任を持って管理し、
「適正な保険診療のてびき」の販売目的のために使用します。