

お申込は、F A Xか e-mail で下記宛にお願い致します

(必要事項をご記入の上、お申込ください)

送 信 先

(株) メディコ北海道

F A X : 0 1 1 - 2 1 0 - 7 1 7 2

e-mail : 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	フリガナ
担当者名	フリガナ
メールアドレス (案内を希望される場合)	@
請求書宛名 (メディコからの請求書 に記載する名称)	
送付先住所 (氏名※) ※送付先が請求書宛名と異なる 場合のみ氏名を記入	〒 ー
電話番号	() ー
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等は(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。