

FAX : 03-3834-5440 (お申込みはFAXで)

『動薬手帳2025年版』 申込書

申込数 冊 (1冊 1,188円(税込み))

年 月 日 申込

申込社(団体等)名		
所在地 (送付先)		〒
ご担当者部課 ・支店・営業所等名		
ご担当者氏名		
連絡先	TEL	
	FAX	
	Eメール	@
請求書等宛名 ※申込社名と異なる場合		

☆ 上記以外の部署等に送付する場合、下欄にご記入下さい。
また、送付先が複数ある場合は、別紙に下欄の事項をまとめて送付して下さい。

上記の部課に 冊

下記の部課等に 冊

所在地・送付先住所	部課・支店・営業所名	ご担当者名	電話番号
〒			

備考欄

(注) 都道府県協会長が管下の会員分をまとめて申込される場合は、その内訳をご記入ください。

☆30部以上お申込みの方に限り表紙にネーム入れをお受けします(無料)。

表紙にネーム 要 不要
要の場合 前年と同 新規/変更

申込貴社名と異なるネームの場合は下記にご記入ください。

☆200部以上お申込みの方に限り、広告の掲載をお受けします((有料)1部1,243円(税込み))。

広告掲載 要 不要
要の場合 前年と同 新規/変更

※表紙ネーム・広告掲載お申込みの場合、申込書到着後にご連絡致します。

◆ 申込書単位で請求書を発行いたします。お振込みは請求書単位でお願い致します。
複数の請求書をまとめてのお振込みの場合は、必ず事前にご連絡ください。