

東京都薬剤師会 FAX 03-3294-7359

※お間違えの無いよう再度確認の上送信してください

※【**地区薬剤師会の会員**】は、所属の地区薬剤師会事務局にお申込の上  
ご購入下さい。この書式では受け付けておりませんのでご注意ください。

都薬ホームページ専用申込書  
「2018年改訂版 保険調剤のてびき」

申込日（送信日）： 月 日（ ）

ご購入希望者様

下記枠内の事項すべてにご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。当会にて受付後に「**代金引き換え便**」にて発送手続きをいたします。購入料金は**配送業者にお支払いの上**、領収書を受領してください。領収書は大切に保管願います。

会員 チ ェ ッ ク	申込者	氏名：		
		都薬直扱会員 (会員番号No. _____)		会 員 外
送 付 先	事業所名			
	住 所	〒 (必須)                   —		
		電話番号                   —                   —		
		F A X                       —                   —		
<p>申込冊数</p> <p>一般価格：1冊 14,580円 会員価格：1冊 4,860円 (8%消費税込 2019年9月まで)</p> <p>(10%消費税込 2019年10月～)</p> <p>一般価格：14,850円 会員価格：4,950円</p> <p>送料別途負担</p> <p>1～2冊都内 800円 都外 1,000円</p> <p>(2019年10月～)</p> <p>都内 820円都外 1,050円 一般価格3冊以上は無料</p>		<p>(会員価格での頒布は1会員2冊まで)</p> <p style="text-align: right;">冊</p>		
		書籍代	+ 送料	= 購入金額計
		円	円	円

都薬使用欄

--	--

(注) ご記入いただきました情報は、当該書籍頒布手続きにのみ使用いたします