

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
「2020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FAXにて代金の**請求書**を送付し「**振込先口座**」をお伝えします。当会にて**入金確認後**にてびきの発送手続きをいたします。払込時の払込済受領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 — —	
申込冊数 一般価格：1冊 14,850円 会員価格：1冊 4,950円 送料別途負担 1～2冊都内 900円 都外 1,000円 一般価格3冊以上は無料		(会員価格での頒布は1会員2冊まで) 冊	
		書籍代 + 送料 = 購入金額計	
		円 円 円 円	

都薬使用欄

(払込送金料はご負担願います。)

--	--

(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