

「日医エジャーナル」購読申込書

お申込み日： 年 月 日

ふりがな		
御社名		
ふりがな		所属部署名
ご担当者様氏名		
御住所	〒	
	TEL:	FAX:
	e-mail:	
備考		

- ◆ 「日医エジャーナル」は原則年4回の発行となります。
- ◆ お申込みいただきましたら、ご担当者様宛に年間購読料の請求書をお送りいたしますので、お振込をお願いいたします。なお、お申し込みは年間購読を原則とさせていただきます。
(年間 5,128 円、税・送料込)

必要事項をご記入のうえ、FAXまたは e-mail に添付してお申し込みください。

FAX:03-3816-5576 e-mail:mail@jamdi.org

お問い合わせは下記までご連絡お願いいたします。

一般社団法人 日本医療機器工業会 事務局
〒113-0033 東京都文京区本郷 3-39-15 医科器械会館 5 階
Tel:03-3816-5575/Fax:03-3816-5576
e-mail:mail@jamdi.org