

「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	
所属部署名	
ふりがな	
ご担当者様氏名	
御住所	〒
電話番号	TEL:
メールアドレス	e-mail:
備考	

- ◆「日医エジャーナル」は原則年3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 3,960 円、税・送料込)

必要事項をご記入のうえ、e-mail に添付してお申し込みください。

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