

医業経営情報の専門誌「ボランチ」FAX申込み書

■ お申込み者様に関する下記の各項目ならびに、お申し込み部数をご記入下さい。
 尚、ご記入頂いた内容は、ボランチのご購読手続き以外に使用することはありません。

お申込日	年 月 日		
お名前			
ご住所	〒		
医療機関名／ 会社名			
ご所属			
電子メール アドレス			
お電話番号		FAX番号	
お申し込み部数 _____ 部 ※ 1部 = 6号分(1年間) となっております。			

料金体系

お申し込み部数	年間購読料(6号分)	備考
1部	10,000円	1部追加につき+6,000円
5部	30,000円	
10部	60,000円	
50部	300,000円	
100部～	応相談	

■ 備考欄 ご質問・ご要望等ございましたら、下記の欄にご記入ください

お申し込みありがとうございました。
 ご不明な点がございましたら、「03-3817-8861」までお気軽にご連絡ください。
 尚、受付後、確認のため弊社担当よりご連絡させていただきます。

送信先	医療総研株式会社	担当	「ボランチ」ご購読受付担当
FAX番号	03-3817-8862	お問合せ電話番号： 03-3817-8861(代表)	