



『JMS』年間購読 お申し込み用紙

年間購読料 10,000 円 (税込)

貴医療機関情報	お申込日	年 月 日	年間購読 () 年 () 月より申込みます	
	(フリガナ) 貴医療機関名			
	〒	-	TEL ()	FAX ()
	(フリガナ) 貴医療機関住所			
			都道 区	府県 市郡
	(フリガナ) 担当者		部署名	TEL ()
		役職名	e-mail @	
貴医療機関ホームページ		http://www.		



ご登録番号 :

登録担当

FAX : 03-3585-9204

(株) 菊医会 / JMS 〒107-0062 東京都港区南青山 2-22-17

TEL: 03-3585-9201 (代) MAIL: edit@j-m-s.co.jp

FAX をお送りいただいた後、弊社より請求書をご担当者様にお送り申し上げます。

<個人情報取り扱いについて> 記載いただきました医療機関情報およびお名前、お電話番号等の個人情報につきましては、弊社で責任をもって厳重に管理いたします。

株式会社 菊医会 / ジャパン・メディカル・ソサエティ