

# バックナンバー注文書

年 月 日

会員氏名

会員番号

(宛名ラベル氏名下のアルファベットと5桁の数字)

送付先

〒

TEL

雑誌 巻 号

巻 号

巻 号

¥2,000 × 冊 =

増刊号 巻 月号

巻 月号

巻 月号

¥2,000 × 冊 =

代金合計

円也

別途、送料を申し受けます。

提出先：〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル

(株) 毎日学術フォーラム内

関東整形災害外科学会 事務局

TEL：03-6267-4550 FAX：03-6267-4555

e-mail：info@ksot.jp

\* メール、郵送、ファックスにてお送りください。

事務局使用欄

受付日

処理