

記入日： 年 月 日

愛媛県医師協同組合 御中 FAX: 089-993-7317

# 書籍WEB購買サービス 利用申込書

◆ ご利用者記入欄 ◆ この申込書に関する個人情報は他の目的には一切使用しません。  
 ご記入に漏れがありますとご登録できない場合がございます。項目すべてにご記入ください。

所属医師協同組合名	愛媛県医師協同組合		医師協同組合員番号		*記載不要
フリガナ					
医療機関名					
フリガナ					
ご氏名					
医療機関住所	〒				
	TEL			FAX	
	E-Mail				

◆ 書籍のお届け先を上記以外（ご自宅）にされる場合は、以下にご記入ください。

ご自宅住所	〒				
	TEL :				

書籍WEB購買サービスにお申込いただきありがとうございます。  
 登録が完了いたしましたら、ご指定のメールにユーザーID とパスワードをお送りいたします。

下欄はご記入不要です。

## 愛媛県医師協同組合 記入欄

組合員管理コード	

受付日	登録日
年 月 日	年 月 日

## サポートセンター 記入欄

サポートセンター日付	顧客CD	担当部支店	担当者CD	カスタマーS日付	備考