記入日：　　年　　月　　日

鹿児島県医師協同組合　御中　　FAX　099-257-1816

# 書籍ＷＥＢ購買サービス　利用申込書

| 所属医師協同組合 | 鹿児島県医師協同組合 | 組合員コード<br>※記入不要 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

◆　ご利用者記入欄（太枠の中をご記入ください。）◆

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。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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<br>(連絡先アドレス) | | | | |

⬇書籍のお届け先を上記以外（ご自宅）にされる場合は、以下にご記入下さい。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ご自宅住所 | 〒　　― | | | |
| | TEL | | FAX | |

書籍WEB購買サービスにお申込み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E-Mailアドレスにユーザー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。

鹿児島県医師協同組合　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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |