

F A X 送 信

平成 年 月 日

(社) 日本医薬品卸業連合会 行き
(03 - 3273 - 7648)

『月刊卸薬業』購読申込書

貴社名	
部署名	
ご担当者	
TEL	

送付先	〒: 住所:	
	宛名:	
	TEL:	FAX:
請求先 <small>(送付先と異なる場合のみご記入ください。)</small>	〒: 住所:	
	宛名:	
	TEL:	FAX:
部 数	部	
購 読 開始月号	平成 年 月号から(年度自動継続)	

注：購読料は、年間（4月～翌年3月）購読料となっており、年度途中で購読中止をされましても、返金はいたしかねますので、ご了承ください。