**お申込み用紙**

ご注文はFAX、ホームページあるいはE-mailからお申し込み下さい。

FAXの場合、申込み用紙にご記入の上送信して下さい。

E-mailの場合、ご記入の申込み用紙をPDFにして、添付ファイルとして送信して下さい。

# FAX 042-705-9741

# ホームページ URL http://www.medical-ri.com/

# E-mail(office@medical-ri.com)

『がん患者年報2013』を申し込みます。該当箇所に**✔**(チェックマーク)を貼り付けて下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 書籍版 | □195,000円 | 冊数 |

□ PDF版

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □Department License | 351,000円 | 個数 |
| □Site License | 526,000円 | 個数 |
| □Corporate License | 702,000円 | 個数 |
| □Global License | 877,000円 | 個数 |

□ PDF版販売促進ツールとして利用。

利用施設名：

PDF版を販売促進ツールとして申込む場合はCorporate Licenseのみが適応です。また、各頁のフッターに使用施設名を刻印致しますので、必ず提供先の使用施設名を銘記して下さい。

住所 〒

会社名：

部署名：

氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| TEL： | FAX： |

E-mail address：

\*E-mail addressは必ず御記入下さい。「本製品」ならびに請求書を送付する際にはE-mailにて通知致します。

