

「眼底検査推進リーフレット」の配布について

公益社団法人日本眼科医会
(登録番号：T4010405010572)

「眼底検査推進リーフレット」につきましては、日本眼科医会のホームページより無料で電子版(PDF)がダウンロードできますが、ご希望の方には配布しております。下記要領にて配布の受付をいたしますので、ご希望の方は必要事項を記入の上 FAX またはメールにてお申込みください。

【連絡先】

・FAX 番号：03-6810-3645

下記申込書をお送りください。

・E-mail：plan@gankaikai.or.jp

下記申込書を添付していただくか、本文に内容を記載の上メールをお送りください。

【金額】

送料及び配送手数料の実費をご負担いただきます。

発送は宅配業者による配送となります。

【発送】

発送まで10営業日程度お時間をいただく場合があります。

枚数が多い場合は別途ご相談させていただきます。あらかじめご了承ください。

「眼底検査推進リーフレット」申込書
(FAXの場合は切取らずこのままお送りください。)
公益社団法人 日本眼科医会 事務局 企画宛

ご所属 _____

ご住所 〒 _____

TEL： _____

FAX： _____ **【FAXでお申し込みの方は必ずご記入下さい】**

氏名： _____

日本眼科医会会員： 会員（会員番号※）： _____ ・ 非会員

※会員番号は「日本の眼科」の封筒宛名右下に記されている6桁の番号です。

ご希望種類： 企業向け ・ 個人向け **【どちらかに○をお付けください。】**

ご希望数： _____ 枚

送付先（上記ご住所と異なる場合のみ記載）

〒 _____

TEL： _____ FAX： _____

備考・通信欄（伝達事項等がございましたらご記入ください）
