

事業所所在地 都道府県名	
--------------	--

# 申 込 書

FAXでの申込みには、この用紙のみ送信ください。(送信票は不要です)

FAX、Eメールで申し込んだ後、郵送される場合には「FAX送信済」「Eメール済」等と明記してください。

財団法人予防接種リサーチセンター宛

FAX 03-3341-8860

Eメール vrc-shuppan@mbr.nifty.com

\* vrcの次の-はハイフンです。

冊 子 名	単価(円) (税込み)	申込部数
「予防接種必携(平成20年度)」	2,950	

★届先★

郵便番号

所在地

事業所名

担当課名

担当者

電話番号

FAX番号

Eメールアドレス

担当課所アドレス

担当者アドレス

★請求書記載上のご指示事項★

請求書宛名	
希望納期	
その他	

(\*)梱包料・送料は、リサーチセンターが負担します。

(\*)納期については、注文が集中し、ご希望に添えないことがありますので、ご了承下さい。

★ その他 ★

照会先

〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8

☎ 050-5526-5760(問合せ専用)

(財)予防接種リサーチセンター