

都道府県名

## 申 込 書

(2008年3月改訂版)

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
予防接種と子どもの健康 (2008年3月改訂版)	70	
予防接種ガイドライン (2008年3月改訂版)	140	

\* 申込は10部以上とし、10部単位でお願いします。

## ★届先★

郵便番号

所在地

市町村名

担当課名

電話番号

FAX番号

Eメールアドレス

担当者

\* メールアドレスは、できるだけ個人のものでなく担当課・所の代表アドレスを記入してください。

## ★請求書記載上のご指示事項★(必要項目の記入、又は○を付けてください。)

請求書宛名		
日付	A. リサーチセンターで記入	B. 空欄を希望
希望納期	平成	年 月 日
請書等がある場合はその旨記入		

(\*) 梱包・送料は、リサーチセンターが負担します。

照会先

★ その他 ★

〒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