

書籍購入用紙

有限会社 ジャパン・オステオパシック・サプライ

〒170-0002

東京都豊島区巣鴨1-18-10 三喜ビル7F

TEL 03-5977-8292 / FAX 03-5977-8296

お客様情報

| | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| お名前 | <input type="text"/> |
| お名前フリガナ | <input type="text"/> |
| お届け先ご住所 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| ご連絡先メールアドレス | <input type="text"/> |
| ご連絡先お電話番号 | <input type="text"/> |
| ご連絡先FAX番号 | <input type="text"/> |

会員情報

お客様の該当する項目に○をつけてください。
会員の場合、会員価格で書籍の購入ができます。必ずご記入ください。
専門書をご購入の場合は、所属団体の確認が必要になります。必ずご記入ください。

| | | | | | |
|----------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 所属団体名 | <input type="checkbox"/> AJOA | <input type="checkbox"/> KOA | <input type="checkbox"/> JOA | | |
| 所属団体会員番号 | <input type="text"/> | | | | |
| 称号 | <input type="checkbox"/> MRO(J) | <input type="checkbox"/> MD | <input type="checkbox"/> DDS | <input type="checkbox"/> Ph. D | |
| 医療資格 | <input type="checkbox"/> 医師 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 | <input type="checkbox"/> 柔道整復師 | <input type="checkbox"/> 鍼灸師 | <input type="checkbox"/> 按摩・マッサージ |
| | <input type="checkbox"/> 指圧師 | <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 | <input type="checkbox"/> 理学療法士 | |

書籍購入内容

| 書籍名 | 冊数 |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

配送料はご購入者負担になります。
振込内容と配送料を含めた合計金額を折り返しご連絡さしあげます。