

F A X 用 注 文 申 込 書

**FAX 番号 03-3506-1959**

一般財団法人 医療保険業務研究協会 行  
 〒105-0003 東京都港区西新橋1-9-1 (アコール新橋8階)  
 T E L 03-3503-8698

ご住所	〒           —		
電話番号	(内線)	F A X 番号	
フリガナ			
お名前 (名称)			
部署名	担当者名		

平成    年    月    日

刊 行 物 名	定 価	部	数
平成28年4月改正 1 (医科) 診療報酬点数と早見表	4,100円		部
平成28年4月改正 2 薬 価 基 準	2,400円		部
平成29年版 4 共 済 組 合 名 簿	2,500円		部
平成29年版 5 健 保 組 合 名 簿	2,500円		部
平成29年版 6 健保組合名簿・共済組合名簿セット	4,500円		部

- ・ 太線の中に、はっきりとご記入願います。
- ・ お申し込みの控えは必ずおとりください。
- ・ 登録されたお客様情報は、当協会において適切に管理いたします。