

日本外科学会ビデオライブラリー申込書

(FAX 03-5473-8864)

ご氏名: _____

会員番号: _____ お申込日 平成 年 月 日

ご住所(送付先): 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

E-mail: _____

お申し込みNO: _____

(NOはビデオライブラリーリストに記載の申込NOです)

送付方法:

お申しいただきましたDVDは郵便にてお送り致します。
送料は販売価格に含まれております。

お支払い方法:

DVDをお送りする際、振込用紙(郵便局)を同封致しますので到着後にお振込み下さい。