

図書・しおり購入申込書

FAX:03-3592-3898

申込日 年 月 日

公益財団法人 日本学校保健会

〒105-0001 東京都港区虎ノ門2-3-17

TEL:03-3501-2000 FAX:03-3592-3898

虎ノ門2丁目タワー6F

申込み方法⇒郵送・FAX・本会公式HP(<http://www.hokenkai.or.jp/>)出版物販売コーナーより受付

冊子No.	書名	部数	金額(円)
計			

購入者名 (請求書宛名)			
図書送付先	〒 (      )      ・団体、勤務先      ・自宅		
部署、担当者名			
TEL		FAX	
必要書類	・見積書      ・納品書      ・請求書      ・すべて不要		
書類の日付	・出荷当日      ・空欄      ・その他(      )		
納品希望日	月      日 迄      ・当日 (1~2週間の余裕をもってお申込みください)		

どちらかに☑	☐公費購入者	☐個人購入者
購入者区分	・学校保健会・教育委員会・学校・養護部会・主事会 ・医師会・歯科医師会・薬剤師会・公立病院・書店等	個人・医院・病院・一般企業等
支払い方法	※支払い方法に☑ ☐佐川急便の代引払い(現金のみ) 代引手数料が別途掛かります 佐川急便の領収書発行  ☐銀行(三井住友銀行) ☐ゆうちょ銀行	※佐川急便の代引払い(現金のみ) 代引手数料が別途掛かります 佐川急便の領収書発行  ※沖縄や離島の一部地域、代引配達不可の 地域は、前払い又は後払い。連絡します。
希望配達時間帯 いずれかに☑	団体・企業等は時間指定できません。	個人宅のみに対応。※地域によっては時間指定ができません。  ☐時間指定なし      ☐午前中      ☐12~14時 ☐14~16時      ☐16~18時      ☐18時~21時
留意事項	* 金融機関の振込票を以て領収書といたします。 本会の領収書が必要な場合は要望欄に記載願 います。  * 振込手数料はご負担願います。	* 届け先が自宅の場合、 携帯電話以外で日中連絡が取れる連絡先を記入 願います。(不明事項等の問合せ)  職場名等(      ) TEL      -      -

※送料は基本的に本会負担。特別な指定がある場合は(航空便・国外等)ご購入者様の負担

要望欄
-----