

# FAX: 03-3815-7802

『medicina』編集室行

## 『medicina』購読申し込み書

年間購読は「冊子版」「冊子＋電子版(個人／共有)」「電子版(個人／共有)」を承ります。  
購読開始号／月をご記入のうえ、ご希望の□欄に✓印をつけてお申し込みください。

### 冊子年間購読お申し込み

- ☐ 2014 年(第 51 巻)第 \_\_\_\_\_ 号から冊子版  
38,250 円(通常号 12 冊＋増刊号／税・送料込み)
- ☐ 2014 年(第 51 巻)第 \_\_\_\_\_ 号から冊子＋電子版／個人\*  
43,250 円(通常号 12 冊＋増刊号＋電子版／税・送料込み)
- ☐ 2014 年(第 51 巻)第 \_\_\_\_\_ 号から冊子＋電子版／共有\*  
49,000 円(通常号 12 冊＋増刊号＋電子版／税・送料込み)  
\* 電子版は冊子のお申し込み月から 1 年間閲覧いただけます。  
「個人」はお一人様でのご利用、「共有」は複数人でのご利用が対象となります。

### 電子版年間購読(閲覧)お申し込み

- ☐ 2014 年 \_\_\_\_\_ 月から電子版／個人\*  
38,250 円(『medicina』電子版 1 年間の閲覧権／税込み)
- ☐ 2014 年 \_\_\_\_\_ 月から電子版／共有\*  
44,000 円(『medicina』電子版 1 年間の閲覧権／税込み)  
※「個人」はお一人様でのご利用、「共有」とは複数人でのご利用が対象となります。

### バックナンバーお申し込み

- ☐ 『medicina』第 \_\_\_\_\_ 巻 \_\_\_\_\_ 号 2014 年度 1 部定価 本体 2,500 円＋税

- \* ご注文の際は、本注文書を弊社特約店またはお近くの書店にお渡しください。お近くに書店がない場合は、弊社へ直接お送りください。ご購入料は前払いで申し受けています。
- \* キャンセルおよび返品について：原則として、いったんご注文いただいた商品に関しましては、キャンセルおよび返品を承っておりません。商品の品質チェックには万全を期しておりますが、万一お届けした商品が、ご注文いただいた内容と異なったり、乱丁・落丁などがあった場合にはお取り替え致します。(お問い合わせ：医学書院販売部 TEL:03-3817-5659)

### お申し込み者

|                                                                                                                                                                  |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| フリガナ                                                                                                                                                             | ご送付先 〒 _____ - _____         |
| お名前                                                                                                                                                              | _____                        |
| (歳)                                                                                                                                                              | _____                        |
| <input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 研修医                                                                           | TEL: ( _____ ) _____ - _____ |
| <input type="checkbox"/> 学生 (勤務先・通学先: _____ )                                                                                                                    | FAX: ( _____ ) _____ - _____ |
| * ご記入いただいた個人情報は、ご注文商品の発送および新刊案内の送付等に使用させていただきます。なお、詳しくは弊社ホームページ ( <a href="http://www.igaku-shoin.co.jp">http://www.igaku-shoin.co.jp</a> ) 掲載の個人情報保護方針をご参照ください。 |                              |
| 弊誌へのご感想・ご要望<br>_____                                                                                                                                             |                              |

