聖路加看護学会　学会誌定期購読申込書

施設名	
代表者名	
所在地 電話番号 Fax 番号	〒 （　　） （　　）
E-mail (担当者様)	**※ご連絡はできるだけメールで差し上げたいのでご記入をお願いいたします。**
学会誌の送付先 (所在地と異なる場合)	〒 様

学会誌の定期購読の申し込みをします。　　年　　月　　日

申込者氏名

＊年間購読料は、年間２号の発刊で５,０００円となります。
また、聖路加看護学会の会計年度は、４月１日～翌年３月 31 日です。

上記申込書と同時に、下記事項についてご記入のうえご返送ください。

見積書　宛名

請求書　宛名

納品書　宛名

必要部数　見積書　　通　・請求書　　通　・納品書　　通※学会誌とは別に発送されます

日付の記入　有（具体的に　　）
無

返送先：〒104-0044
東京都中央区明石町 10-1　聖路加国際大学内
一般社団法人　聖路加看護学会
FAX:03-5565-1626(代表)
E-mail：slnr@slcn.ac.jp
※「聖路加看護学会事務局宛」と明記してください。