

宛先（購入申し込み先）

**F A X 0 3 - 5 4 3 4 - 8 7 6 2 一般財団法人 社会保険協会**

「歯科医療白書2013年度版」購入申込書

申し込み日	平成 年 月 日	購入数
ご芳名（団体名）		冊
歯科医師会などで連絡担当者が決まっている場合はお書きください （ 様）		
日本歯科医師会 会員コード番号	（個人で購入される場合は、記載ください。この会員コードの記載がなければ、定価の扱いになります）	
ご住所 （請求書の送付先）	〒	
電話番号	（ ） —	
F A X 番号	（ ） —	
納品希望日	平成 年 月 日	
納品場所 （請求書の送付先と異なる場合はご記入ください）		
備考 （その他特記すべき ことがありましたら ご記入ください）		

※1冊あたり価格 3,000円（税別）

ただし、都道府県歯会・郡市区歯会は2,400円（税別）、日本歯科医師会会員コードの記載のある場合は2,400円（税別）。なお、発送費は別途いただきます。

（連絡先）一般財団法人 社会保険協会

〒141-0031 品川区西五反田1-31-1 日本生命五反田ビル2階

TEL 03-5434-8761 FAX 03-5434-8762

Eメールアドレス shaho-kyokai4311@y8.dion.ne.jp