

一般社団法人日本聴覚医学会

語音検査用CD購入申込書

Fax03-5777-4605

送付先名

ご担当者

送付先住所 〒

Tel

Fax

請求書の宛名

枚数（1枚送料込み¥3,000） 枚

用途

ご注意 申込書受け取り後、語音CD請求書のコピーおよび請求額の納付先をFAXいたしますのでお振込みをお願いいたします。振込手数料はご依頼人ご負担でお願いいたします。

お振込みを確認後、請求書原本、納品書を同封してCDを発送いたします。お急ぎでしたら電話、Fax等でお振込みをお知らせください。

---

一般社団法人日本聴覚医学会

〒105-0012 東京都港区芝大門

1-4-4 ノア芝大門 405

[Tel 03-5777-6310](tel:03-5777-6310) fax 03-5777-4605

HP <http://audiology-japan.jp/>