

「私のリビングウィル」申込用紙

FAX 03-3259-6125 にご返信ください。

「私のリビングウィル」の冊子をご希望の方は、送付先をご記入の上、日本臨床内科医会事務局までFAXにてお申込みください。

● 消費税・送料込みで1冊50円、100冊から承ります。

(発送時に振込用紙を同封しますので、その用紙で一週間以内にお支払いください。)

「私のリビングウィル」(____ 00)冊申し込みます。

↑ 数字をご記入ください

住 所	〒	—
	(都・道・府・県)	(市・区・町・村)
クリニック名		
会員名		
電 話	()	
F A X	()	

申込先 / 問合せ先

〒101-0062

東京都千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館4階

日本臨床内科医会事務局

TEL: 03-3259-6111 FAX: 03-3259-6125