

月刊「母子保健」

定期購読お申込み方法

年間購読料：4,000 円（税・送料込）

お申込み方法

①下の申込書にご記入のうえ、郵送または FAX にて、下記にお送りください

〒101-8983 東京都千代田区外神田 2-18-7

公益財団法人 母子衛生研究会

月刊『母子保健』購読係

TEL. 03-4334-1151 FAX. 03-4334-1199

②定期購読料を郵便振替にてご入金ください

口座番号：00180-5-80130

加入者名：公益財団法人母子衛生研究会

※①②が確認できましたら、
定期購読を開始させていただきます。

※請求書が必要な場合や
銀行振込をご希望される場合等には
お電話でお問い合わせください。

《払込取扱票記入例》

払込取扱票		振替払込請求書受領証	
口座記号・番号はお間違えのないよう記入してください。		振替払込請求書受領証	
00	001805	80130	4000
加入者名 公益財団法人母子衛生研究会		加入者名 公益財団法人母子衛生研究会	
月刊『母子保健』を新規に 20△△年 4月号より 1部申し込みます。		お名前 公益財団法人母子衛生研究会	
〒000-△△△△ 東京都千代田区●●●1-1		〒000-△△△△ 東京都千代田区●●●1-1	
母子研 花子		母子研 花子	
(ご連絡先電話番号 000-000-000)		(ご連絡先電話番号 000-000-000)	
振込の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)		振込の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)	
これより下部には何も記入しないでください。		これより下部には何も記入しないでください。	

※送付先のご住所・ご氏名の明記をお願いいたします。

切り取り線

(FAX でお申込みの方は切らずにそのまま送信してください)

月刊「母子保健」購読申込書

月刊「母子保健」を定期購読しますので、下記のとおり申し込みます。

ご希望の購読期間に○をお書きください。 ■購読期間 2023 年 4 月号 ～ 2024 年 3 月号 ※バックナンバーについては、お問い合わせください。	新規 ・ 継続	■部数 部
■送付先 〒 ■ご氏名 ■電話		
■代金 円 支払い ⇒ 済 ・ 未		