

# 月刊「母子保健」 定期購読お申込み方法

- ・年間購読料:3700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。

《払込取扱票記入例》

払込取扱票  
口座番号・番号はお間違えのないよう記入してください。

00180-5-80130 金額 3700  
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部申込みます。

〒000-△△△△  
東京都千代田区●●●● 1-1

母子研 花子

振替払込請求書受領証  
00180-5-80130  
公益財団法人  
母子衛生研究会  
3700  
お名前  
〇〇〇 △△△△  
東京都千代田区●●●●  
1-1  
母子研 花子

※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。

<p>■購読期間 平成 29 年 4 月号 ~ 平成 30 年 3 月号 ※29年4月号~30年3月号の購読ができます。 それ以前のバックナンバーについてはお問合せください。</p>	<p>新規 ・ 継続</p>	<p>■部数  部</p>
<p>■送付先 〒</p> <p>■ご氏名</p> <p>■電話</p>		
<p>■代金 円 支払い ⇒ 済 ・ 未</p>		