

F A X

送付先: 日本臨床細胞学会事務局

発信元:

FAX 番号: 送付枚数: 全枚数 (本票を含む) 枚

電話番号: 日付:

件 名: 「日本臨床細胞学会雑誌」紙雑誌希望 (会員)

 至急! ご参考まで ご確認ください ご返信ください ご回覧ください

● 連絡事項:

| | |
|--|-------------------------------------|
| 1.お名前 | |
| 2.会員番号 | |
| 3.希望雑誌 | 日本臨床細胞学会雑誌 54 巻 4 号 価格 : 3,000 円 |
| 4.必要部数 | |
| 5.領収証記載名 例) 会社名、個人名 記載無き場合は「1.お名前」で発行 いたします | |

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-11-1
駿河台サンライズビル 3F
日本臨床細胞学会
FAX:03-5577-4683