

F

A

X

専

用

購読申込用紙

03-3234-2477

必要事項をご記入の上、上記へ FAX でご送信いただくか、  
歯科商店のご担当者にお渡しください。

FAX

ご希望の媒体にチェックを入れてください。

|                |                                                                        |                                                                                      |                 |
|----------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 〔週刊〕<br>日本歯科新聞 | <input type="checkbox"/> 紙版<br>年間 23,760 円 (21,600 円+10%税) 送料込         |  | ____ 月 ~ ____ 月 |
|                | <input type="checkbox"/> デジタル版<br>年間 23,760 円 (21,600 円+10%税)          |                                                                                      |                 |
|                | <input type="checkbox"/> デジタル版 + 紙版<br>年間 27,060 円 (24,600 円+10%税) 送料込 |                                                                                      |                 |

※ 請求書（一年分前納）は、お申し込み受付後、概ね営業日 2 週間以内に送付いたします（コンビニ、郵便局、銀行からお支払いいただけます）  
※ 定期購読の場合、2 年目から自動継続になります。継続を希望されない場合、次回分の請求書が届いた段階でご連絡ください。

|                             |                                                                                                                  |                                                                                  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 〔月刊〕<br>アポロニア <sup>21</sup> | <input type="checkbox"/> 年間購読<br>年間 29,040 円 (26,400 円+10%税) 送料サービス                                              | ____ 年 ____ 月 ~ ____ 年 ____ 月                                                    |
|                             | <input type="checkbox"/> 単品のご購入<br>1 冊 2,420 円 (2,200 円+10%税) 送料別<br>※2022 年 12 月号までは 1 冊 2,090 円 (1,900 円+10%税) | 1, ____ 年 ____ 月号<br>2, ____ 年 ____ 月号<br>3, ____ 年 ____ 月号<br>4, ____ 年 ____ 月号 |

お名前

(フリガナ)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

メールアドレス  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ご住所

(フリガナ)  
〒\_\_\_\_-\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

〔歯科商店経由での請求をご希望の場合〕  
以下について、分かる範囲でご記入ください。  
  
○ 商店名 \_\_\_\_\_  
○ 支店名 \_\_\_\_\_  
○ 担当者名 \_\_\_\_\_

備考  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本社発行のメルマガ（新刊、イベント情報など）の配信をご希望の方は、ホームページより登録ください

