

サル類の疾病カラーアトラス 購入申し込み票

| | | | | | | |
|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 姓 | <input type="text"/> | 名 | <input type="text"/> | 会員番号 | <input type="text"/> | |
| 所属機関 | <input type="text"/> | | | | | |
| 連絡先E-mail | <input type="text"/> | | | | | |
| 所属住所 | 〒 | <input type="text"/> | 都道府県 | <input type="text"/> | 市町村 | <input type="text"/> |
| 以降の住所 | <input type="text"/> | | | | | |
| 電話番号 | <input type="text"/> | | | | | |

| | | | | |
|-----|---------------------|--------|----------------------|---|
| 購入数 | サル類の疾病カラーアトラス (一般用) | 4,000円 | <input type="text"/> | 冊 |
| | サル類の疾病カラーアトラス (会員用) | 3,000円 | <input type="text"/> | 冊 |
| | サル類の疾病カラーアトラス (学生用) | 2,000円 | <input type="text"/> | 冊 |
| 合計額 | | | | 円 |

お届け先

所属住所と同じ

| | | | | | | |
|-------|----------------------|----------------------|------|----------------------|-----|----------------------|
| 次の住所 | 〒 | <input type="text"/> | 都道府県 | <input type="text"/> | 市町村 | <input type="text"/> |
| 以降の住所 | <input type="text"/> | | | | | |
| 電話番号 | <input type="text"/> | | | | | |

学生用アトラスご購入の場合、対象学生についてご記入下さい。

| | |
|---------------|----------------------|
| 在籍校, 学部, 学科名 | <input type="text"/> |
| 指導教官名 | <input type="text"/> |
| 指導教官連絡先E-mail | <input type="text"/> |

通信欄

ご購入方法

申し込みを受け付け、入金確認後にご指定のお届け先まで発送します。送料は研究会が負担します。

1. 購入申し込み票を送信

送信先: サル類の疾病と病理のための研究会
アトラス販売担当 板垣伊織

E-mail: spd.p.itagaki@gmail.com
FAX: 029-837-2299

2. 代金払い込み

次の口座へ合計金額を振り込み下さい。恐れ入りますが、払い込み手数料はご負担下さい。

ゆうちょ銀行 00100-8-473024

(他銀行から: 店番 019 当座 0473024)

加入者名: サル類の疾病と病理のための研究会