**広告掲載申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| (1)掲載希望者名 |  |
| (2)掲載希望者ご住所 |  |
| (3)ご担当者名・部署 TEL |  |
| (4)直通（携帯） |  |
| (5)FAX |  |
| (6)電子メール |  |
| (7)ご掲載内容 |  |
| (8)入会状況 | １．会員 | ２．非会員 |
| (9)会員種別 | １．施設会員 | ２．協賛会員 | ３．賛助会員 |
| (10)希望掲載タイプ | １．広告A　 | ２．広告B　 | ３．広告C |

【掲載料振込先】

（１）郵便振替の場合

０２１１０－５－５８４６

　　福 島 医 学 会（ﾌｸｼﾏｲｶﾞｸｶｲ）

（２）銀行振込の場合

東邦銀行福島医大病院支店

普通口座　６２９７

福 島 医 学 会（ﾌｸｼﾏｲｶﾞｸｶｲ）

代表　猪狩　則光（ﾀﾞｲﾋｮｳ ｲｶﾞﾘ ﾉﾘﾐﾂ）

（３）直接持参の場合

福島市光が丘1番地

福島県立医科大学附属学術情報センター内

福 島 医 学 会

代表　024-547-1111（内線2865）

直通　024-547-1696

※広告掲載後、事務局より請求書を発行いたしますので、 請求書記載の納入締切りまでに指定振込先までお振込ください。

お申込先

〒960-1297

福島市光が丘１　福島県立医科大学附属学術情報センター内

TEL 024-547-1696（内線2865）/FAX 024-547-1996　担当：菅野

＊上記申込項目にご記入の上、福島医学会事務局までメールf-igaku@fmu.ac.jpまたは

FAX（024-547-1996）にてお申込みください。