

LASER THERAPY

購読についてのお問い合わせはこちらから

JMLL TEL:03-5269-1403

FAX:03-5269-1410

E-mail: sec@jml.co.jp

JaSLaR
会員の
皆様へ

Laser Therapy 購読申込書

アプリケーションフォームに必要事項をご記入の上、下記の住所宛てにファックス・郵送でお送り下さい。

敬称 (Dr. Prof. etc) _____

氏名 ふりがな _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

E-mail Address _____

私は、このたび日本レーザーリプロダクション研究会 (JaSLaR) の会員向けに特別価格が設定された、年 4 巻発行される IPTA オフィシャルジャーナル『Laser Therapy』を購入申し込みいたします。私は以下の申請書への同意を以って、また、以下の方法でジャーナル代を支払います。(該当する番号にチェックして下さい。)

1. () 銀行振り込み 2. () 現金

署名: _____ 印 _____ 日付:平成 ____年 ____月 ____日

切り取り線

銀行振り込み

1: 銀行お振込先

¥7,200 円を、下記指定銀行口座にお振込み下さい。

- ・銀行名: 三菱東京 UFJ 銀行 東中野支店 (店番 152)
- ・口座番号: 1471422 普通口座
- ・銀行口座名: IPTA 大城俊夫 (イプタ オオシロトシオ)