

航空医学研究センター商品申込書

◆ お申込み者ご記入欄

お申込み日 年 月 日

法人名・所属名 _____

住所(商品送付先) 〒 _____

氏名 _____

連絡先 TEL番号 _____

FAX番号 _____

FAX 番号は必ずご記入をお願いいたします。

e-mail アドレス _____

ご希望の商品

下記ご購入希望の商品名の左のチェック欄にチェックを入れていただき、必要数をご記入ください。

- 航空身体検査の手引き(平成 30 年 9 月版)×()冊
- Guide for Aviation Medical Examination×()冊
- Guide for Additional Medical Examination for Aircrew Aged 60 and Over×()冊
- Guidance for Completing the Application Form for an Aviation Medical Certificate
×()冊
- パイロットのための医薬品ハンドブック×()冊
- その他(商品名:)×()冊

◆航空医学研究センター受付欄

受付日 年 月 日

上記お申込みを受付けました。準備が整い次第送付させていただきます。

・代金は以下のとおりでございます。

商品代	_____	円(消費税込み)
送料	_____	円
合計	_____	円

・法人支払いの場合には、商品に請求書を同梱しておりますので、商品到着後速やかにお支払いをお願いいたします。

・個人支払いの場合には、下記当センターの口座にお振込みをお願いいたします。お振込みが確認されましたら送付の準備をさせていただきます。

みずほ銀行蒲田支店 普通 1325988 サイ)コクウイガクケンキュウセンター

以上