



福岡医発第 1354 号 (総)

平成 27 年 8 月 12 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

2016 年版 医師日記 (手帳) の斡旋について (お願い)

日本医師会より標記医師日記について、例年どおり斡旋方依頼がありました。

つきましては、下記により貴会会員にご斡旋くださいますよう宜しくお願い申し上げます。

記

1. 体 裁 表紙 羊皮スウェード (深緑) 透明カバー付
※サイズ 95×160mm (本体 78×150mm)
※平成 27 年 12 月から平成 29 年 6 月までの月間スケジュール及び
平成 27 年 12 月から平成 28 年 12 月までの週間スケジュール
※付属品 日本医師会・都道府県医師会役員名簿、鉛筆 (紐付き)
2. 価 格 1 冊 1, 9 0 0 円 (送料日医負担)
3. 申込方法 別紙申込書によりお申込み下さい。
なお、代金は前納です。
下記にお振り込みをお願い致します。
<振込先> 福岡銀行 天神町支店
当座預金 No. 5 5 0 0 7 9
口座名 福岡県医師信用組合
4. 申込締切日 平成 27 年 10 月 19 日 (月)
※注 締切日以降は、個人申込みとなりますので、
2, 1 0 0 円 (送料、その他含む) と別紙「2016 年度
版医師日記 (手帳) 個人申込書」を現金書留封筒に同封
して日医庶務課へ申込みください。
5. 発送予定日 1 1 月下旬 (予定)

小郡三井医師会より

会員福祉担当理事 榎藤秀之

会長 廣瀬真恵

上記購入ご希望の方は、9月30日 (水) までに当医師会事務局へ代金と一緒に申し込みください。

小郡三井医師会宛

2016年版医師日記申込書

1. 申 込 冊 数

_____冊 代金_____円

平成27年 月 日

医療機関名_____

平成 年 月 日

日本医師会 庶務課 宛

「2016年度版医師日記（手帳）」個人申込書

○ 申込冊数 _____ 冊（1冊 2,100円）

○ 合計金額 _____ 円

○ 氏 名 _____

○ 領収書名 _____

○ 送付先 〒 _____

○ 電話番号 _____

こちらの申込書を現金書留封筒に同封してお申し込みください。
入金を確認次第、手帳と領収書をお送りいたします。

現金書留送付先

〒113-8621

文京区本駒込2-28-16

日本医師会 庶務課

Tel 03-3946-2121