



FAX 送信先: 058-266-0128

OAM 友の会へのご入会はこちらの専用申込書をご利用ください

送信先、お問い合わせ先: **株式会社エイペックスメディカ**

株式会社エイペックスメディカ
〒500-8178 岐阜県岐阜市清住町 1-11-1
TEL. 058-266-0123
(2018.6.18 改定)

会員種類	<input type="checkbox"/> ブロンズ(月額会費 2,000 円)※税別
	<input type="checkbox"/> シルバー(月額会費 7,000 円)※税別
	ご希望の会員種類の <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。
サティフィケート 記載内容	《医院名》※医療法人などもご記入ください。
【電子書籍掲載内容】	
電子書籍掲載 ホームページ アドレス	<input type="checkbox"/> ホームページへのリンクを希望する <input type="checkbox"/> ホームページへのリンクを希望しない (<input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。「希望する」方は下記にアドレスをご記入ください)
	https://
医院名	
代表者氏名	
ご住所	〒
TEL	TEL. () -
【会員パスワード発行】 初期設定時はメールアドレスが会員 ID になります	
メールアドレス	@
	(会員パスワード発行のためにメールアドレスが必要になります)

本書の FAX 送信をもって正式入会となりますので下記にご署名をお願いいたします。

自署の場合は押印不要です。

氏名 _____ 印