

令和 2 年 3 月 吉日

日 本 医 師 会 長 殿
道 府 県 医 師 会 長 殿

公益社団法人
東 京 都 医 師 会
会 長 尾 崎 治 夫
(公 印 省 略)

「学校医の手引き（第 8 版）」の送付について

平素は本会会務に各段のご高配を賜り、誠にありがとうございます。
このたび本会では「学校医の手引き（第 8 版）」を作成いたしました。
つきましては、貴団体分を別添のとおりお送りいたしますので、ご査収のほどよろしく
お願いいたします。

なお、本手引きは下記のとおり販売しております。購入希望者がおられましたら下記要
領にてお申し込みいただきますようお願い申し上げます。

記

1. 販売価格
2,000 円（1 冊あたり、消費税・送料込み）
2. 申込方法
裏面の購入申込書に記入のうえ FAX にてご送付ください。
3. 支払方法
手引きとあわせて送付する請求書に記載の銀行口座にお振込みください。

【購入申込・問合せ先】

(公社) 東京都医師会 疾病対策課 (担当: 高島、高橋、石塚)
〒101-8328 千代田区神田駿河台 2-5
TEL : 03-3294-8837
FAX : 03-3292-7097
e-mail : gakkou@tokyo.med.or.jp



東京都医師会 疾病対策課（学校保健担当）行

FAX：03-3292-7097

(TEL：03-3294-8837)

「学校医の手引き（第8版）」購入申込書

購入部数

【価格】2,000円（1冊あたり、消費税・送料込み）

申 込 者	氏名 (団体名)	(団体の場合は下欄に担当者名をご記入願います)		
	担当者	(所属部署：)		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	

送 付 先	氏名 (団体名)	(団体の場合は下欄に担当者名をご記入願います)		
	担当者	(所属部署：)		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	

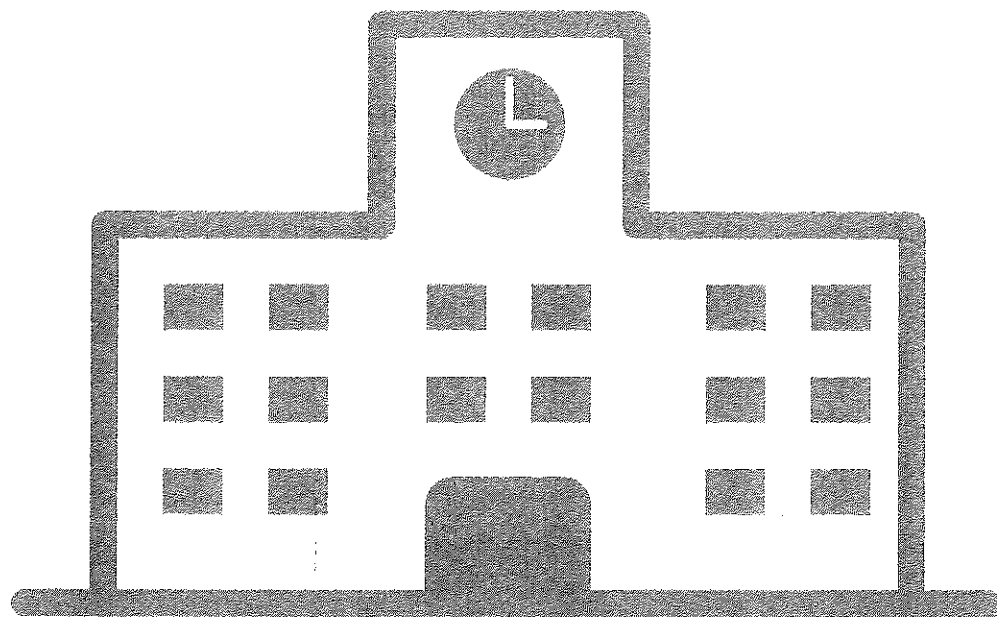
備 考	
--------	--

【注1】手引きとあわせて請求書をお送りいたしますので、請求書に記載の銀行口座に請求金額をお振込みください。

【注2】請求書の宛名は、とくに記載のない場合は上記「申込者」欄の氏名（団体名）とさせていただきます。別の宛名を希望する場合は備考欄にご記載ください。

学校医の手引き

第8版



公益社団法人 東京都医師会