

# 日本小児心身医学会 摂食障害サポートパンフ

## 購入申込書

申込日 年 月 日

|      |  |   |
|------|--|---|
| 購入冊数 |  | 冊 |
|------|--|---|

|         |  |
|---------|--|
| 申込者氏名   |  |
| 住 所     |  |
| 勤 務 先   |  |
| 電 話 番 号 |  |
| メールアドレス |  |
| 備 考     |  |

※申込者と送付先が異なる場合は下記に送付先をご記入ください

|         |  |
|---------|--|
| 送 付 先   |  |
| 電 話 番 号 |  |

上記ご記入の上、一般社団法人 日本小児心身医学会事務局 宛  
メールにて ( shonisinsin@chijin. co. jp ) お申し込みください。