**「東京都医学検査」**

**広告掲載申込書**

公益社団法人　東京都臨床検査技師会　meil; toringi-henshu@tmamt.or.jp

**会社名：**

**〒**

**所在地：**

**所　属：**

**お名前：**

**お電話：　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：**

**Ｅ-mail：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月　号 | 広告原稿名 | 広告掲載料金 | 原稿送付予定日 |
| 2025年06月号 |  |  |  |
| 2025年10月号 |  |  |  |
| 2026年2月号 |  |  |  |

※　広告掲載料金のお支払いについては、会誌発行後、本申込書記載にされた

メールアドレスに請求書をお送りしますので、翌月末までに指定の口座にお振

込み願います。