

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

『日中医学』 Vol. 39 (2024年度) 広告掲載申込書

社名			
大きさ	<input type="checkbox"/> A4 1頁 (幅169mm×高254mm, カラー広告) @44,000円(税込/10%) <input type="checkbox"/> A4 1/2頁 (幅169mm×高122mm, カラー広告) @27,500円(税込/10%) ※カラーの広告原稿をお送りください。 ※広告に記載のURLに、当該ページへのリンクを設定いたします。		
掲載号	<input type="checkbox"/> Vol.39 No.1~No.4 (全号) <input type="checkbox"/> Vol.39 No.()		
広告内容			
広告原稿送付日	_____年 _____月 _____日頃送付予定 ※原稿は電子メールでお送りください。(送付先:henshu@jpcnma.or.jp)		
申込金額	A4 1頁 @ 44,000 円 × _____ 回 = _____ 円(税込/10%) A4 1/2頁 @ 27,500 円 × _____ 回 = _____ 円(税込/10%)		
請求書	<input type="checkbox"/> 一括請求 ※本申込書受理後に下記担当者へ電子版(PDF)を送付します。 <input type="checkbox"/> 分割請求 ※発行毎に下記担当者へ電子版(PDF)を送付します。		
担当者連絡先	担当者	(フリガナ) _____	
	部署	_____	
	役職	_____	
	住所	〒 _____ _____ _____	
	TEL(直通)	_____	
	E-mail	_____	

連絡事項 (ご要望等ございましたら、お書きください)