

# ALTA 療法（四段階注射法）ガイドライン【医師用】初版

## 購入申込書

申込日： 年 月 日

申込者名（入金確認のためフリガナは必ず記載してください）		購入冊子数 (1冊 1,000円送料込)
フリガナ		冊
氏名		
送付先		
医療機関名		
所属		
〒 ー		
電話番号（ ）		

購入代金は下記口座に振込の上、購入申込書を下記宛に郵送にてお送りください  
(振込手数料は振込人負担)。

代金は1冊1,000円(送料不要：研究会負担)です。

### 【振込口座】

東京都民銀行 西大久保支店 普通預金 口座番号 4055441  
口座名：内痔核治療法研究会 代表世話人 岩垂純一  
(ナイジカクチリョウホウケンキュウカイ)

### 【送付先】

〒900-0032 沖縄県那覇市松山二丁目1番12号  
レキオファーマ株式会社  
内痔核治療法研究会 「ALTAガイドライン」係