

# 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		
〒 _____		
住所：		
電話番号（ _____ ）		

※購入代金を下記口座に振込の上、「ご利用明細書（写しで可）」など振込を確認できる証票を「購入申込書」に添えて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（送料無料：研究会負担）です。

### 【振込口座】

きらぼし銀行 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 斎藤 徹

（ナイジカクチリョウハウケンキュウカイ）

### 【送付先】

〒900-0036 沖縄県那覇市西二丁目16番3号 屋島ビル3階

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