

医療労働者の職場改善の手引き

価格：400円（税込）送料別

申込書	
部数：_____	部 _____
送付先：〒 _____	- _____

送付先名：_____	ご担当者 _____
TEL：_____	FAX：_____
* 請求書は冊子に同封させていただきます。 送付先名と請求書宛名が異なる場合は、以下にご記入ください。	
請求書宛名	： _____

<お問い合わせ・お申込先>

自治労出版センター

〒102-0085東京都千代区六番町1 自治労会館6階

TEL 03-3263-2023 FAX 03-5213-5485

*この申込書記載の個人情報は、出版センターの案内以外には使用いたしません。