

歯科健康診断票（節目歯科検診用）

購入申込書

一般社団法人広島県歯科医師会 御中

下記のとおり、「歯科健康診断票（節目歯科検診用）」を購入いたします。

歯科健康診断票（節目歯科検診用・3枚複写）

単価：¥20（税込）

購入部数 _____ 部

申 込 日	平成 年 月 日 (送付期限)	月 日
所 属		
氏名（ご担当者）	⑩	
送 付 先 住 所	〒	
連 絡 先	TEL:	E-mail:
請 求 書 宛 名	<input type="checkbox"/> 不要	
備 考		

※ 納品書・見積書が必要な場合は備考欄にご記入ください。

※ 一般社団法人広島県歯科医師会は、本申込書に記載された個人情報を商品発送時のみに利用させていただきます。また、お預かりした個人情報は責任を持って管理いたします。

広島県歯科医師会事務局 事業部事業第一課（FAX：082-263-5525）行

受		発		請		収	
付		送		求		納	