

「怖い歯周病」 チラシ提供申込書

一般社団法人広島県歯科医師会 御中

下記のとおり、「怖い歯周病」チラシ送付の申込みをいたします。

「怖い歯周病」(A4)

チラシ：無料配付 (※送料は着払い(申込者負担)となります)

申込部数 _____ 部

申 込 日	年 月 日	(送付期限)	月 日
所 属			
氏名 (ご担当者)			
送付・連絡先住所 電話番号 (必須)	〒 (連絡先 TEL : _____)		
メールアドレス			
受 取 方 法 (いずれかに○印)	宅配便 ・ 直接受取		
※ 直接受取の方は、 日時をご記入ください	年 月 日 () 午前・午後 時 分頃、 広島県歯科医師会館 6階事務局に来館します。		
使 用 目 的			
備 考			

※ 直接受取の方は、平日(月～金)の午前9時～午後5時までの間をお願いいたします。

※ 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し、お預かりした個人情報は責任を持って管理します。

※ 宅配便を利用の場合は送料(着払い)が発生します。(配送業者：福山通運)

※ 配付先は広島県内限定、販売不可

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 付		発 送		請 求		収 納	
--------	--	--------	--	--------	--	--------	--