

「定期的に歯科検診と口腔ケアを受けましょう」 クリアファイル提供申込書

一般社団法人広島県歯科医師会 御中

下記のとおり、「定期的に歯科検診と口腔ケアを受けましょう」クリアファイル送付の申込みをいたします。

「定期的に歯科検診と口腔ケアを受けましょう」(A4)

クリアファイル：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		発		請		収	
付		送		求		納	