

FAXにてご送信ください



0120-64-2227

広島県医師協同組合 御中

年 月 日

## 白洋舎クリーニング利用申込書送付依頼

医師協取扱いの白洋舎クリーニングの利用を検討しているので、申込書を送付してください。

### 記

住 所 〒

---

氏 名

---

医 院 名

---

生 年 月 日

---

電 話 番 号

---

※お申し込みいただいた個人情報は、医師協の個人情報保護方針に基づき、医師協及び紹介提携企業等それぞれの責任において管理させていただき、他の目的には一切使用しません。