

FAXにてご送信ください



082-261-6110

広島県医師協同組合 御中

平成 年 月 日

## 医療機器・医療用品カタログ送付依頼

該当するものに☑印をしてください

- 医療機器カタログ「MEガイド」  
 医療用品カタログ「MEDICAL SUPPLY Goods」

### 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・広医(株)の個人情報保護方針に基づき、医師協・広医(株)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。