

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

## 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。