

FAXにてご送信ください



0120-920-908

広島県医師協同組合 御中

平成 年 月 日

医薬品購入依頼

相談内容(該当するものに☑印をしてください)

- 医薬品の購入を検討したいので、資料を郵送してほしい。
- 医薬品の購入を検討したいので、担当者に説明に来てほしい。
- その他()

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。