

歯科健康診断票（節目歯科検診用）

購入申込書

一般社団法人広島県歯科医師会 御中

下記のとおり、「歯科健康診断票（節目歯科検診用）」を購入いたします。

歯科健康診断票（節目歯科検診用・3枚複写）

単価：¥20（税込）

購入部数 _____ 部

申 込 日	年 月 日	(送付期限)	月 日
所 属			
氏名（ご担当者）	⑩		
送 付 先 住 所	〒		
連 絡 先	TEL:	E-mail:	
請 求 書 宛 名 (※会員は原則会費引去り)			
備 考			

※ お支払いは、原則広島県歯科医師会指定口座から引き落としとさせていただきます。

※ 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させていただきます。また、お預かりした個人情報は責任を持って管理いたします。

※ 別途送料が発生いたしますので、予めご了承下さい。

※会員の先生につきましては、会費と引去りさせていただきますので、請求書宛名等をご記入不要です。

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	