

# 医療共済会

## 資料請求お問い合わせ用紙

(FAX用)

お名前		年齢	才	性別	男 ・ 女
医院名				開業 ・ 勤務	
医院住所					
自宅住所					
連絡先 TEL		生年月日	年	月	日

お問い合わせ内容

パンフレット送付希望       ご入会資料送付希望

資料送付先( 医院 ・ 自宅 )

( 訪問 ・ 連絡 ) 希望      月      日(      ) 午前・午後      時頃

<上記お問い合わせは口に✓を、その他のお問い合わせは下記にご記入下さい。>

**FAX: 052-228-0335**

TEL: 052-228-0333