

FAX お問い合わせ用紙

<p>ご氏名 (フリガナ)</p>	<p>医科 ・ 歯科 (○をお付けください) 院長 ・ 勤務医 勤務先医療機関名 _____</p>
<p>ご連絡先 ご訪問先</p>	<p><input type="checkbox"/> 医院・診療所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 住所： TEL：</p>

<p>ご要望事項</p>	<p><input type="checkbox"/> 訪問説明希望 ▼ ○でお囲みください。 <input type="checkbox"/> 入会申込書の送付 <input type="checkbox"/> 資料送付 ▼ ○でお囲みください。 (協会パンフレット 保険医年金 協会グループ保険 休業保障 共同購入<組合> その他損害保険)</p>		
	<p>▼ 訪問説明希望の場合</p>		
	<p>第1希望</p> <p>月 日 : ごろ</p>	<p>第2希望</p> <p>月 日 : ごろ</p>	<p>第3希望</p> <p>月 日 : ごろ</p>
	<p>ご質問等何でもご記入ください。</p>		

FAX をいただけましたら、ご返事させていただきます。