提携申請依頼書

FAX:072-221-5970

オリコ堺支店　橋本行

※商品に関しての説明をだけお聞きになりたい場合も、ご気軽にFAXください。

所属歯科医師会（地区）	地区
診療所名 ※いずれかにレ点をご記入ください （□個人　□法人）	
開設者氏名 （法人の場合は、理事長名）	
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日
診療所住所	〒　　－
ご連絡先	（　　）　　－
ご連絡希望時間帯	：　　～　　：
担当窓口者名 ※ご指定がありましたら、ご記入ください	
その他要望事項 ※御座いましたら、ご記入ください	