

# はがき印刷注文書

FAX : 099-257-1816

TEL : 099-254-8126

( 年賀 ・ 喪中 )

鹿児島県医師協同組合 購買・保険係 行

① ご記入・ご選択ください。

- ☐ 絵 柄 No. ( )
- ☐ 色 選 択 カラー ・ 黒1色
- ☐ 印刷枚数 ( ) 枚
- ☐ は が き 立 替 ・ お預り

② 印 刷 内 容

※あいさつ文・ご住所等  
をご記入ください。

注 文 日	令和 年 月 日
医療機関名	(ご担当者 )
住 所	〒 TEL ( ) FAX ( )
備 考	