

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	