はがき印刷注文書

（　年賀　・　喪中　）

FAX：099-257-1816

TEL：099-254-8126

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	

2026.11