



FAXにてご送信ください

023-666-5301

山形県医師会協同組合 行

年 月 日

待合室の雑誌等の定期購読お問合せ

下記の雑誌定期購読の料金を教えてください

雑誌名

医院名	
ご住所	〒 _____
お電話番号	
ご氏名	

※お申込みいただいた個人情報は、医師会協同組合の個人情報保護方針に基づいて管理し、他の目的には一切使用いたしません。