

福岡県メディカルセンター（とびうめネット事務局）行

F A X 0 9 2 - 4 0 2 - 2 6 7 8

とびうめネット広報物発送依頼

広報物をご希望の場合は以下にご記入のうえ、とびうめネット事務局へF A Xにてお申し込みください。

記入日 年 月 日

所属医師会	医師会
医療機関名	
担当者氏名	印 (部署) (役職)
住 所	郵便 —
電話番号	— —
希望部数	ポスター 部 リーフレット 部 チラシ (A4版) 部