説明会 展示・申込書

趣旨に賛同し、静岡県西部糖尿病療養指導研究会に出展・展示を申し込みます。

説明会申込日 西暦　　　　年　　　月　　　日（

　　　　　　　　　　　↑　申請書を提出する日付です。　説明会希望日ではありません。

金額 金　30,000　円

説明会実施希望日 西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日

貴社名

所在地

電話　　　　　　　　　　　　Fax

部署名

ご担当者

連絡用ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

**Fax送信先　きくち内科クリニック：053-462-4128**

静岡県西部糖尿病療養指導研究会　振込先

浜松信用金庫　植松支店　 店番022

普通預金　 口座番号2001459

口座名　　 静岡県西部糖尿病療養指導研究会　会長　菊池　範行

ふりがな　 ｼｽﾞｵｶｹﾝｾｲﾌﾞﾄｳﾆｮｳﾋﾞｮｳﾘｮｳﾖｳｼﾄﾞｳｹﾝｷｭｳｶｲ　ｶｲﾁｮｳ　ｷｸﾁ　ﾉﾘﾕｷ