

関西文紙情報産業健康保険組合 御中

令和 6年 月 日

令和6年度  
薬用歯磨きセット申込書

○事業所記号 \_\_\_\_\_

○事業所名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

○住所 \_\_\_\_\_

○TEL ( ) \_\_\_\_\_

○担当者 \_\_\_\_\_

○申込み合計個数 \_\_\_\_\_ 個

お申込み (FAX) 06 (6765) 9216