

関西文紙情報産業健康保険組合 御中

平成30年 月 日

平成30年度
薬用歯磨きセット申込書

○事業所記号 _____

○事業所名 _____ 印

〒 _____

○住所 _____

○申込み合計個数 _____ 個

お申込み (FAX) 06 (6765) 9216

