

薬用歯磨きセット申込書

●5月11日（月）までに申込みしてください

[必要事項] もれなくご記入ください

事業所記号	
事業所名	
住 所	〒 -
電話番号	
担当者名	
申込個数	個

〒542-0061 大阪市中央区安堂寺町 2-4-14 文健会館4階
関西文紙情報産業健康保険組合 保健事業課

FAX番号 06-6765-9216

この申込書をFAXまたは郵送してください