

年 月 日

企業名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

TEL:

FAX:

紹介カード

大阪府保険医協同組合  
大阪市浪速区幸町1-2-34  
担当 白山・新飯田  
TEL 06-6568-2014 FAX 06-6568-2038

次の方をご紹介します

下記についてご記入ください

お名前	
医院名	
医院所在地	
TEL	
ご自宅住所	
希望物件	

太枠部分をご記入いただき、大変お手数ですが協同組合へメールかFAXをお願いいたします。  
受け取り次第こちらから該当企業の担当窓口へご紹介させていただきます。

