

平成 年 月 日

↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑
沖縄県医師協同組合 行
FAX 098-888-0629

医療介護ネットワークシステム
『Prime Partner』・『LAVITA』

医療機関名	(院長先生名)
住 所 〒 -	
電 話	(担当者名)

下記へ今回ご検討している内容、ご希望の訪問日程等をご記入いただき、FAXして下さい。

○ご検討内容

Prime Partner

LAVITA

下記の日時に訪問して商品説明をお願いしたい。

・ 月 日 () 時頃

※訪問希望日が込み合っている場合は、別日で調整させて頂く事もございます。

ご了承下さい。

資料送付希望。

お問い合わせは：

沖縄県医師協同組合 (担当：山田)

〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川218-9

TEL 098 (889) 0081 FAX 098 (888) 0629