宮崎県医師協同組合　行

FAX 0985-23-9179

連　絡　票

該当に**レ**を入れてください。

グループ保険について

□　詳しい説明が聞きたい

□　申込用紙の送付を希望

□　以下の点について回答が欲しい

　　□　その他

ご連絡先

会員氏名

ご連絡担当者

電話番号