|  |
| --- |
| **健康カレンダー2015注文書【HP用】**  **（申込先FAX　０４８－８２７－００６３）** |
| **申込日：　　月　　日**  **①注文部数**　　　　　　　　　　部  **②薬局名**  **③住　　所**　　〒　　　－    **④電話番号**　　　　　　　　　(　　　　)  **⑤担当者名**  **⑥名入れ**　　希望する　・　希望しない    ＊希望する薬局には、後日、名入れの文字について伺います。 |

【問い合わせ】(一社)埼玉県薬剤師会事務局　業務課　TEL　048-827-0060