

FAX 送信状

2015 年 月 日

(株) ORM 行

____月開催 ORM 神経病セミナー

____月開催 レントゲン読影講習会

に申し込みます。

貴院名：

参加者氏名：

ご連絡先 (TEL・FAX)：

メールアドレス：

メールあるいは FAX にて返信をお願いいたします。



(株) ORM 神経病・読影センター

〒330-0803 埼玉県さいたま市大宮区高鼻町 1-53-4 高鼻町川鍋ビル

TEL:048-641-0654 (月水金:10時~18時)

FAX:048-641-0655

E-mail:info@orm.co.jp