

# FAX 送信状

2016 年 月 日

(株) ORM 行

月開催 ORM 神経病セミナー

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