

# 栃木県保険医協会 ロゴマーク応募用紙

医療機関名			
ふりがな		応募者 種類	当てはまる箇所に☑してください <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 会員家族 <input type="checkbox"/> 従業員
氏名			
電話番号		メール アドレス	
住所	〒		
作品の簡単な説明			

デザインを記入してください  
作品を記載した紙を貼付してもかまいません

【応募先・お問い合わせ先】

栃木県保険医協会

〒320-0017 宇都宮市戸祭台29-17

TEL 028-622-0083 FAX 028-627-0648

E-mail:tochhokk@maple.ocn.ne.jp