

## お問い合わせ票

一般社団法人 北海道医薬品配置協会 行

下記、必要事項にご記入の上、**011-826-4646**までFAXして下さい。

### お客様情報

お問い合わせ日	
お 名 前	
ふ り が な	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
郵 便 番 号	
住 所	
生 年 月 日	
性 別	

※お名前、ふりがな、電話番号、FAX番号は、必ず記入して下さい。

### お問い合わせ内容

--

#### 【個人情報の取り扱いについて】

ご利用いただくお客様の個人情報を重要なものと認識し、個人情報保護法などの法令・ガイドラインを遵守して、管理を厳正に行うなどその取り扱いにつきましては細心の注意を払っています。