

■■■ FAX 連絡表 ■■■

日本医師会 年金・税制課行
FAX 03-3942-6503

まず、月々12,000円（基本料金のみ）から始めませんか

ご自身のためのプラン、電話・訪問による説明等をご希望の場合は、
下記の太枠内にご記入いただき、FAX にてお送りください。

●●●1~2の該当個所に○をつけてください。●●●

- 1 「個別向けプラン」の送付を希望する。
- 2 「電話による説明」を希望する。

フリガナ	
ご氏名	
生年月日	昭和 年 月 日
所属医師会	都・道 郡・市 医師会 府・県 区・大学
希望連絡先	ご自宅 / 勤務先（名称： ）
ご住所	(〒 -) 都・道 府・県
	郡・市 区
TEL	- - FAX - -