

大阪臨床整形外科医会ウェブサイト バナー広告掲載申込書

申込年月日	年 月 日
フリガナ	
貴社名	印
住 所	〒
TEL番号	
FAX番号	
E-mail	
御担当者	
所 属	
役職名	
貴社の業務内容	
掲載に当たってのご希望	
費 用	5,000円/月(原則として、1年契約。1年分前払い)

本申込書を大阪臨床整形外科医会 事務局 (mail : info@ocoa.jp) まで送付して下さい。

申込受領後、請求のご案内を差し上げます。

大阪府大阪市北区天神橋6丁目5番7号

一般社団法人 大阪臨床整形外科医会

会 長 藤 本 啓 治

