

業種	1.医療 2.薬局 3.介護 4.健康（番号を○で囲んで下さい。）
事業内容	
事業者名 法人名等	
屋号等	
URL	
*所在地・電話番号は、商品のお届け先として登録いたします。	
所在地	〒
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	
ご担当者名	
ご要望など	

一般社団法人ディベロップメントシニア PC コミュニティ殿

取引内容等について同意しましたので申込みいたします。

平成 年 月 日

ご担当者署名 _____

FAX 送信先番号 03-6382-8062（一般社団法人 DSPC）