

セラ水定期購入変更・休止・中止申込書

平成 年 月 日

財団法人予防医学会

理事長 土井 俊 廣 殿

申込者 住 所

氏 名

㊟

電話番号

FAX 番号

次のとおり申込みします。

セラ水の定期購入を（ ）月より			
・購入数を毎月（ ）個に変更します			
・休止（1ヶ月・2ヵ月）			
・中止			
発 送 先	ふりがな 氏 名		電話番号
			FAX 番号
	住 所	〒	
変更・休止・中止理由をよろしければお書き下さい。			