

年 月 日

## 紹介カード

御中

---

愛知県歯科医師協同組合

電話052-962-7617

下記の希望者を紹介致しますので、ご契約の際には法人提携割引の適用をお願いいたします。

フリガナ		年齢	年 月 日生
氏名			歳
現住所	〒 -	電話番号	
		E-mail	
勤務先	電話番号		

購入検討物件

物件名	
-----	--