

年 月 日

愛知県歯科医師協同組合 宛

## 提 携 企 業 申 込 書

貴組合と商品売買について提携企業の契約をすることを申し込みます

申込会社

代表者

印

住所

電話番号

社歴

取扱商品

紹介者氏名

住所

電話番号

関係

特約事項

1 ) 商品値引率

2 ) 組合手数料