FAX

送信先： あおば薬局山の手　行 FAX 番号　６４１－４１９３	発信者： 様
送付枚数：　　枚（表紙含む）	電話番号
日　付：　　年　　月　　日	FAX 番号

ご利用者様　お名前　　男性　　女性

フリガナ

生年月日

ご住所

連絡事項