

## 病理セカンドオピニオン 申込書

下記ご記入後、FAXでお送りください。

FAXが届き次第、契約書をお送りさせていただきます。

### ■ ご連絡先

貴 院 名 :

ご担当者様名 :

ご 住 所 : 〒

電 話 番 号 :

F A X :

メールアドレス :

@

【ご要望事項】

ご質問等ございましたら、お気軽にご記入ください。

【お問い合わせ先】



株式会社パソネット

〒420-0834 静岡県静岡市葵区音羽町 8 番 18 号

TEL : 054-295-5100

メールアドレス : [info@pathonet.co.jp](mailto:info@pathonet.co.jp)



**FAX 送信先 : 054-295-5101**

お手数をおかけしますが よろしくお願ひいたします。