

遺伝子検査サービス購入依頼書（購入申込書）

一般社団法人 福岡県損害保険代理業協議会 事務局 行

アドレス : fd32@f-daikyo.jp

(cc:セブンスターズコンサルティング㈱)

アドレス : info.ssc@seven-stars.co.jp

年 月 日作成

貴社名	代表者名	
屋号名	社名と違う場合に記載下さい。	
ご住所	〒	
ご担当者名	(部署)	(氏名)
支部所属	支部	
TEL	携帯番号	
FAX		
代表者メールアドレス	@	
購入個数	_____ 個 × 1 個 : 19,800円 (税込) = _____ 円 (税込)	
検査キット 郵送先	〒 _____ ※上記住所と同じ場合は記入不要	
お振込先	三菱UFJ銀行 田町支店 (店番:043) 普通 口座番号 1417506 名義 セブンスターズコンサルティング (カ)	
ご照会先	一般社団法人 福岡県損害保険代理業協議会 〒812-0011 福岡県福岡市博多区博多駅前1-15-20 NMF博多駅前ビル9F TEL 092-481-3424 FAX 092-482-3435 セブンスターズコンサルティング株式会社 〒108-0014 東京都港区芝4-6-16-801 TEL 03-6459-4965 FAX 03-6809-4808	