

◆ FAX 0957-25-6969 でのお問い合わせ

FAX は 24 時間受付しております

必須

お名前

例：あなたのお名前

必須

ご住所

例：長崎県諫早市 12345

必須

お電話番号

例：0957-12-3456

必須

お問い合わせ内容

ご質問があればご記入ください

個人情報の取り扱いについてご確認いただき、同意の上で FAX での送信をお願いします。
個人情報の取り扱いについては「プライバシーポリシー」に掲載されておりますのでご確認ください。

個人情報の取り扱いについて同意をします。

一般社団法人長崎県医薬品配置協会
〒854-0072 諫早市永昌町 12-1 スイトビル 5F