

ORCA 導入出張操作説明と

相談のFAXシート

○ 印とご記入ください

ORCA 導入の出張操作説明と相談を

() 希望します。

【ご担当者名 】

() 現地操作説明も希望
(主に受付事務様を対象に実施します)

○ご質問等ございましたら、ご記入下さい。

ご住所

貴医療機関名称

TEL

FAX

担当者氏名

徳島医師協同組合 事務局 御中

FAX番号 088-624-6422