

料金受取人払郵便

佐賀中央郵便局
承 認

4127

差出有効期間
令和 8 年 11 月
30 日まで

お手持ちの封筒に貼ってご利用ください。
切手は必要ございません。
(定形外)

8 4 0 - 8 7 9 0

(受取人)
佐賀市水ヶ江二丁目二番一〇号
佐賀メディカルセンタービル四階
佐賀県医師信用組合
行



ご住所	〒
ご氏名	