

分包紙無料サンプル請求・注文用紙

ふりがな			
医療機関名			
ふりがな			
ご担当者様 氏名			
ご住所	〒	都道府県	市区郡
		町村	
電話番号	()	—	
FAX番号	()	—	
メールアドレス		@	
ご注文	無料サンプル請求	ご購入	※どちらかに○をつけてください
メーカー名			
商品名			
注文個数	箱		

※無料サンプルは、1医療機関1本となります。但し、分包機が2種類以上ある場合は、各1本ずつお送りいたします。商品のお届けには、一週間程度お時間をいただきます。

※商品名は、外箱に書いてある型番又は分包紙価格表を参考にしてください。

※納品請求書は後日発送いたしますので、記載されている金融機関へ期日までにご入金ください。

【送信先】 医療機器販売の有限会社クライス
 <分包紙販売センター> 埼玉県さいたま市岩槻区城南5-3-9

FAX 0120-960-097

【お問合せ】0120-718-168 担当 ニシムラまで