FAXお見積り・お問合せ用紙

平成　　年　　月　　日

品名・規格	数量	リクエスト「○を付けて下さい」		
		見積り	カタログ	サンプル

※製品によってはサンプルのご要望にお応えしかねる場合がありますのでご了承下さい。

◆お問合せ事項

貴院名

□□□-□□□□

住所

電話　　（　　）

ご担当者

医療機器の進化とともに歩む
原田三誠メディカルサプライ株式会社

〒564-0032 大阪府吹田市内本町3-26-29
TEL/06-6318-2318 FAX/06-6318-2317

担当者

ギネ プロショップ

FAX 06-6318-2317