

FAX 送信先 FAX 0120-567-125

※上記でつながらない場合は、FAX 073-425-2227 へお送り下さい。

ご注文・見積依頼シート

必事項をご記入の上、F A Xにてお送りください。

ご使用のプリンター 及び インクジェット/トナーカートリッジ			
ご注文	見積	←どちらかを○で囲んでください	
■メーカー名	【	】	■機種名・型番【
■ご希望カートリッジタイプ	<input type="checkbox"/> 新品	<input type="checkbox"/> 再生(リサイクル)品	ご注文本数 本
ご注文	見積	←どちらかを○で囲んでください	
■メーカー名	【	】	■機種名・型番【
■ご希望カートリッジタイプ	<input type="checkbox"/> 新品	<input type="checkbox"/> 再生(リサイクル)品	ご注文本数 本
ご注文	見積	←どちらかを○で囲んでください	
■メーカー名	【	】	■機種名・型番【
■ご希望カートリッジタイプ	<input type="checkbox"/> 新品	<input type="checkbox"/> 再生(リサイクル)品	ご注文本数 本
ご注文	見積	←どちらかを○で囲んでください	
■メーカー名	【	】	■機種名・型番【
■ご希望カートリッジタイプ	<input type="checkbox"/> 新品	<input type="checkbox"/> 再生(リサイクル)品	ご注文本数 本

無料回収依頼	
--------	--

医療機関名			
ご担当者様			
T E L		F A X	
送り先	※お届け先が上記医院以外の場合はご記入ください 〒		

(お問合わせ) 和歌山県医師協同組合 TEL 073-422-2678