

**お問合せフォーム (FAX 用)**

FAX : 042-326-0435

■カメダ医療精器株式会社 行

年 月 日 記入

※は必須項目です。

フリガナ	※
病・医院・施設名	※
フリガナ	※
ご担当者氏名	※
ご住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
E-Mail	※
ご用件	<input type="checkbox"/> お問合せ <input type="checkbox"/> 資料請求(カタログ希望) <input type="checkbox"/> 商品について詳しく説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 見積希望 <input type="checkbox"/> 購入したいので連絡がほしい <input type="checkbox"/> その他 ※該当する項目の□欄に✓を入れてください。

## ■ □ お問合せ内容 (見積り・資料請求・その他)

【数量や色などもここにご記入ください。】



本書を郵送される場合は下記にお願いいたします。

〒185-0021

東京都国分寺市南町3-25-9

カメダ医療精器株式会社 担当：亀田