

## お問い合わせ FAX シート

FAX でお問い合わせの方は必要事項をご記入の上で送信ください。

お名前	
ご職業	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> その他 その他の方は下記にご記入下さい。 <input type="text"/>
ご所属・勤務先名	
ご住所	〒
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
製品名・型番	
お問い合わせ種別	<input type="checkbox"/> 製品について <input type="checkbox"/> 販売について <input type="checkbox"/> その他
お問い合わせ内容	

FAX 番号 03-6701-1805