

広島県医師協同組合 斡旋商品

ご注文・見積依頼シート

ご記入日 年 月 日

貴院名				
ご氏名		医院コード		
ご住所	〒			
電話番号				
FAX番号				
ご使用のプリンター 及び トナーカートリッジ	1	注文	見積	← (どちらかをOで囲んでください。) -
		メーカー名	機種名・型番	×
	ご希望のカートリッジタイプ			
	・新 品 ・汎用品 ・再生(リサイクル)品 ・リターン			
	2	注文	見積	← (どちらかをOで囲んでください。) -
		メーカー名	機種名・型番	×
	ご希望のカートリッジタイプ			
	・新 品 ・汎用品 ・再生(リサイクル)品 ・リターン			
	3	注文	見積	← (どちらかをOで囲んでください。) -
メーカー名		機種名・型番	×	
ご希望のカートリッジタイプ				
・新 品 ・汎用品 ・再生(リサイクル)品 ・リターン				

＜その他お問い合わせ内容＞

※使用後の空カートリッジの無料回収も別途行っております。ご希望の方はカートリッジ名と本数をご連絡下さい。

FAX送信先: 0120-64-2227