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○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○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○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回収も行っております。詳しくはお問い合わせください。

FAX送信先：0120－64－2227