Fax 050-3737-3199　　株式会社メディディア　医療デザイン研究所

商品購入申込書

お申込日　西暦　　年　　月　　日

商品カテゴリ	商品名	型番	希望数量
きるる	テープ幅12mm用　12Aピンク	12A	個
	テープ幅12mm用　12Bピンク	12B	個
	テープ幅12mm用　12Cホワイト	12C	個
	テープ幅25mm用　25Aブルー	25A	個
	テープ幅25mm用　25Bブルー	25B	個
	テープ幅25mm用　25Cホワイト	25C	個
	テープ幅12mm用　Kiruru12L	12L	個
	テープ幅25mm用　Kiruru25L	25L	個
			個

※希望する商品の希望数量をご記入ください。送料等折り返しご連絡させていただきます。

送り先住所	〒	
ふりがな		
お名前		
職業・会社名・病院名等		FAX番号
電話番号（※必須）		メールアドレス

お支払い方法 （ご希望のお支払方法に〇をつけてください）	□　口座振込　　□　郵便振替　　□　PAYPAY ※どちらの場合も商品同封：後払いとなります。 ※その他の支払方法をご希望の方はお問合せください。

その他、ご自由にお書き下さい。	

上記に必要事項を記入しましたら、FAXにてお送りください。折り返しご連絡差し上げます。

お問い合わせ先　　株式会社メディディア　医療デザイン研究所
〒916-0027　福井県鯖江市桜町2-2-17　　Tel　0778-52-0271　Fax　050-3737-3199

Fax 050-3737-3199　　株式会社メディディア　医療デザイン研究所