

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
	母性看護実習用ノート		冊

※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○をつけてください)	<input type="checkbox"/> 口座振込	<input type="checkbox"/> 郵便振替	<input type="checkbox"/> 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