

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
	小児看護実習用ノート		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）

☐ 銀行振込☐ 郵便振込☐ 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