

◇◆メディカルウェア FAX 見積依頼書◆◇

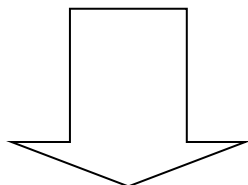
ご住所			
医療機関名			
ご担当者			
TEL		FAX	

【お見積依頼商品】

メーカー	商品番号	商品名	サイズ	カラー	数量

その他、ご質問等がございましたら下記にご記入ください

--



奈良県医師協同組合行

FAX : 0742-34-7992