

株式会社 メディックス 行
FAX : (088) 683-3455

記入日 年 月 日

「メディカルサポート資料請求依頼書」
—医療機関・医療施設専用—

*下記項目全てにご記入の上、FAXにてお送り下さい。

1)	医療機関・施設名称	
2)	住所	〒
3)	TEL	
	FAX	
4)	代表者名称	
5)	担当医師名称	
6)	診療科	
7)	窓口担当者名称	
※8)	仲介業者利用の有・無	有 ・ 無
9)	要求資料 (レ点を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 商品案内 <input type="checkbox"/> 取引関係書類
10)	その他備考欄	

※8) で、仲介業者を利用される場合には下記項目へもご記入下さい。

*仲介業者について

1)	名称	
2)	住所	〒
3)	TEL	
	FAX	
4)	窓口担当者名称	