

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」  
— 仲介業者専用 —

\* 下記項目全てにご記入の上、FAXにてお送り下さい。

|     |                     |   |
|-----|---------------------|---|
| 1)  | 名称                  |   |
| 2)  | 住所                  | 〒   |
|     |                     |   |
| 3)  | TEL                 |   |
|     | FAX                 |   |
| 4)  | 代表者名称               |   |
| 5)  | 窓口担当者名称             |   |
| 6)  | 医療機関名称              |   |
| 7)  | 診療科                 |   |
| 8)  | 担当医師名称              |   |
| 9)  | 要求資料<br>(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              |   |

※医療機関については、注文商品を主として納入する医療機関をご記入下さい。  
また、納入先が複数ある場合には下記にご記入下さい。

|    |        |  |
|----|--------|--|
| 1) | 医療機関名称 |  |
|    | 診療科    |  |
|    | 担当医師名称 |  |
| 2) | 医療機関名称 |  |
|    | 診療科    |  |
|    | 担当医師名称 |  |