

メディカルサポート商品オンライン説明会

申込書

年 月 日

下記の通り、申し込み

貴社名	
担当部署名	
代表担当者名 ※説明会の貴社ご担当者様	E-mail :
住所	
TEL/FAX	TEL : FAX :
希望開催日時 候補①	
希望開催日時 候補②	
希望開催日時 候補③	
参加人数 (予定)	
商品サンプル要否 説明会用サンプル送付可能です。 要否に○を記入下さい。	必要 ・ 不要
希望説明内容 希望の説明に○を記入下さい。 ※時間は予定です。多少前後する 場合があります。また、質疑応答 時間も別途設けます。	<ul style="list-style-type: none">・ 新商品 Mild について (所要時間 : 約 40 分)・ メディカルサポート商品全体 (所要時間 : 約 1 時間半)・ オーダーメイド (所要時間 : 約 1 時間半)・ 上記全て (所要時間 : 約 3 時間)
その他要望があれば右記枠 内に記入をお願いします。	