

【 FST 社製手術器具 見本依頼書 】

毎々格別のご愛顧を賜り厚くお礼申し上げます。

FST 社製手術器具の見本依頼書に必要事項をご記入の上 FAX をお願い致します。

室町機械株式会社 製品担当者

御依頼日： 年 月 日	
御依頼会社名 (営業所 / 部署) TEL / FAX	
御住所 (見本品送付先)	
御担当者	
御連絡先 (携帯 / E-mail)	

ユーザー情報 (研究室、担当者まで記載してください。)		
	品 名	型 式
1		
2		
3		
【備考】		

※御見積書について (要 ・ 不要)

【 注 意 】

- ・手術器具の見本は新品になりますので、未開封でご確認をお願い致します。
※貸出品はそのまま納品可能ですが、定価合計が 2 万円未満の場合は、送料を請求させていただきます。
- ・見本品の依頼点数は 3 点以内になります。
- ・返送時の送料は貸出先のご負担になります。
※着払いで返送の際は送料を請求させていただきます。
- ・見本品の貸出期間は発送期間を含めて 1 週間以内になりますので、期限内の返却をお願いします。
- ・見本依頼についてご不明な点がございましたらご連絡をお願い致します。